



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej :
wprowadzenie do dyskusji

Author: Paweł Grzywna

Citation style: Grzywna Paweł. (2017). Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o
polityce społecznej : wprowadzenie do dyskusji. Katowice : Wydawnictwo
Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja
ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach
niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci
(nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Paweł Grzywna

Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej

Wprowadzenie do dyskusji



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu śląskiego
KATOWICE 2017

Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej

Wprowadzenie do dyskusji

Prace Naukowe



Uniwersytetu Śląskiego
w Katowicach
nr 3598

Paweł Grzywna

Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej

Wprowadzenie do dyskusji

Redaktor serii: Nauki Polityczne
MARIUSZ KOLCZYŃSKI

Recenzent
JERZY MIZGALSKI

Spis treści

Wstęp	7
ROZDZIAŁ PIERWSZY	
Bezpieczeństwo zdrowotne – ustalenia preliminarne	11
ROZDZIAŁ DRUGI	
Zakres przedmiotowy bezpieczeństwa zdrowotnego	39
ROZDZIAŁ TRZECI	
Kategoria bezpieczeństwa w nauce o polityce społecznej	67
Zakończenie	101
Literatura	107
Opracowanie zwarte	107
Opracowanie czasopiśmiennicze	111
Materiały źródłowe i internetowe	112
Wykaz aktów prawnych	114
Indeks osobowy	115
Wykaz tabel, wykresów, schematów	119
Summary	121
Резюме	123

Wstęp

Współczesne ramy pojęcia bezpieczeństwa podlegają stopniowemu rozszerzaniu, warunkując wykształcanie się nowych obszarów badawczych, między innymi płaszczyzny ekonomicznej, ekologicznej, informatycznej, ideologicznej, kulturowej czy wskazanej w tytule zdrowotnej¹. Paralelnie z tymże procesem uwidaczniają się problemy związane z próbą precyzyjnego i powszechnie uznanego wytyczenia zakresu nowych perspektyw. Niezbędny staje się więc zabieg uszczegółowienia i zdefiniowania, ponieważ nowe sektory bezpieczeństwa charakteryzuje zwykle ogólnikowa treść i niejednokrotnie zamieszanie terminologiczne, które przekładają się na trudności z jednoznacznym rozumieniem tychże pojęć.

Monografia stanowi zatem próbę sformułowania koncepcji bezpieczeństwa zdrowotnego, którego zapewnienie jest jednym z podstawowych celów systemu ochrony zdrowia w Polsce, realizowanego przede wszystkim za pośrednictwem systemu instytucji ochrony zdrowia, ale wymagającego także aktywności zarówno zbiorowej, jak i jednostkowej. Zadaniem administracji państwa jest zapewnienie warunków i możliwości dających gwarancję realizacji prawa do ochrony zdrowia, dostępu do świadczeń medycznych na równych zasadach, ale także wspieranie różnorodnej aktywności, w tym indywidualnej, mającej na celu ochronę zdrowia na przykład dzięki działaniom promocyjnym. Należy jednocześnie podkreślić, że pomimo podejmowanych przez wskazane in-

¹ Zob. M. MALEC: *Percepcja bezpieczeństwa: definicje, wymiary, paradygmaty*. Warszawa, Ministerstwo Obrony Narodowej, Departament Polityki Obronnej, 2006, s. 32.

stytucje działań nie udało się w pełni zagwarantować bezpieczeństwa zdrowotnego, wskazać bowiem można sfery cechujące się obniżonym jego zakresem, jak choćby przestrzeń poindustrialną miast Górnego Śląska. Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi zatem cel, który wymaga nieustannych zabiegów wspierających, a zarazem angażujących instytucje państwa.

Złożoność kategorii samego bezpieczeństwa, przekładająca się także na bezpieczeństwo zdrowotne, skłania do próby udzielenia odpowiedzi na ważne metodologiczne pytania: w jaki sposób badać naturę tak wielopłaszczyznowego zjawiska?; jakiego wyboru perspektywy badawczej dokonać?. Bezpieczeństwo można wszak analizować z pozycji wielu dyscyplin naukowych, w tym nauk społecznych, które badają aspekty życia społecznego determinujące system społeczny. Przeprowadzenia rozważań nad istotą bezpieczeństwa zdrowotnego dokonano zatem w ramach badawczych polityki społecznej, która stanowi przedmiot zainteresowań nauk o polityce – dyscypliny naukowej z dziedziny nauk społecznych². Z tego też powodu w procesie analizy zdrowotnego wymiaru bezpieczeństwa posłużono się narzędziami typowymi dla nauk o polityce, w tym nauki o polityce społecznej.

Podkreślenia wymaga także fakt, że zakres tematyki zainteresowania nauk o polityce nie został w środowisku naukowym jednoznacznie zdefiniowany. Próbę ustalenia obszaru badawczego podjęto podczas międzynarodowej konferencji ekspertów zorganizowanej pod patronatem UNESCO w 1948 roku w Paryżu. Przyjęła ona następującą listę problemów badawczych nauk politycznych:

- ogólna teoria polityczna (teoria polityczna i historia myśli politycznej);
- instytucje polityczne (konstytucja; władza centralna, regionalna i lokalna; administracja publiczna; funkcje ekonomiczne i społeczne rządu; instytucje polityczne porównawcze);
- partie, grupy i opinia publiczna (partie polityczne; grupy i stowarzyszenia; udział obywateli w zarządzaniu; opinia publiczna);
- stosunki międzynarodowe (polityka międzynarodowa; organizacje międzynarodowe; prawo międzynarodowe)³.

Obszar zainteresowań nauk o polityce w polskim obszarze badawczym wyznaczili między innymi Andrzej Korybski, Zbigniew Szeliga i Marek Żmigrodzki, wskazując pięć działów nauki o polityce:

² Zob. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 roku w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych. Dz.U. 2011, nr 179, poz. 1065.

³ Zob. H. Groszyk: *Francuska koncepcja nauki politycznej*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1968, s. 45–46.

- teoria polityki;
- systemy polityczne oraz ich funkcjonowanie;
- ruchy i doktryny polityczne (historia i współczesność);
- współczesne stosunki międzynarodowe;
- polityki szczegółowe, między innymi polityka społeczna⁴.

Podany katalog poszerzył Andrzej Chodubski, uznając, że w zakresie wspomnianej dyscypliny naukowej podejmowane są badania na płaszczyźnie:

- metodologii badań politologicznych;
- teorii polityki;
- myśli politycznej;
- nauki o państwie, prawie i polityce;
- zarządzania i komunikacji społeczno-politycznej;
- systemów i instytucji politycznych;
- partii i systemów partyjnych;
- polityki społecznej i gospodarczej;
- stosunków międzynarodowych;
- przemian cywilizacyjnych (globalizmu i lokalizmu)⁵.

W nawiązaniu do przedstawionych klasyfikacji należy przyjąć, że problemy badawcze polityki społecznej wpisują się w przedmiot zainteresowania nauk o polityce, a prowadzenie badań z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach nauk o polityce i polityki społecznej jest działaniem pełnomocnym.

Prowadzenie badań naukowych stanowi nieodzowny element uprawiania nauk o polityce. Badania te można podzielić na dwa typy: badania o charakterze teoretycznym, których rezultat prowadzenia stanowią nowe twierdzenia lub teorie, oraz badania o cechach praktycznych wiążące się z przypuszczalnymi perspektywami zastosowania osiągnięć nauki. Na podstawie badań praktycznych dokonuje się weryfikacji sądów, jakie formułowane są w nauce, a ponadto możliwe jest wskazanie niezidentyfikowanych dotąd problemów badawczych, tak zwanych luk badawczych.

Naukowej eksploracji problematyki bezpieczeństwa zdrowotnego dokonano na podstawie badań o naturze teoretycznej, a także studiów

⁴ Zob. A. KORYBSKI, Z. SZELIGA, M. ŻMIGRODZKI: *Współczesne państwowe systemy polityczne*. Lublin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Międzyuczelniany Instytut Nauk Politycznych, 1987, s. 14–15. Por. A. ŻUKOWSKI: *Politologia jako dyscyplina naukowa i kierunek kształcenia. Zarys problematyki*. Olsztyn, Instytut Nauk Politycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, 2006, s. 29.

⁵ Zob. A.J. CHODUBSKI: *O aktualnych tendencjach w badaniach politologicznych*. W: *Problemy badawcze i metodologiczne politologii w Polsce*. Red. A.J. CHODUBSKI, M.J. MALINOWSKI. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2006, s. 14.

literatury przedmiotu – 85 opracowań zwartych oraz 19 artykułów czasopiśmienniczych. Przeprowadzono również analizę 14 aktów prawnych oraz 38 materiałów statystycznych, raportów, ekspertyz i innych dokumentów.

W rozdziale pierwszym, zatytułowanym *Bezpieczeństwo zdrowotne – ustalenia preliminarne*, podjęto rozważania nad zakresem kategorii bezpieczeństwa, źródłami zagrożeń bezpieczeństwa, a także uwzględniono spojrzenie na definiowanie bezpieczeństwa w kontekście wartości i potrzeby społecznej. Rozdział ten zawiera również analizę bezpieczeństwa dokonaną metodą podejścia sektorowego, ukazującego różnorodność typów bezpieczeństwa i nawiązującego do koncepcji *human security*.

Z kolei w rozdziale drugim – *Zakres przedmiotowy bezpieczeństwa zdrowotnego* – wskazano polityczne konotacje tegoż sektora bezpieczeństwa, które wpływają na społeczne postrzeganie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zasadniczym wątkiem rozważań stały się jednakże pojęcia wyznaczające zakres bezpieczeństwa zdrowotnego, do których zaliczono „prawo do ochrony zdrowia” oraz „równość dostępu do świadczeń”. Dobór pojęć posłużył do sformułowania zakresu definicyjnego terminu „bezpieczeństwo zdrowotne”.

W rozdziale trzecim, noszącym tytuł *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o polityce społecznej*, ukazano sposoby interpretacji pojęcia bezpieczeństwa występujące w nauce o polityce społecznej. Celem rozważań stała się również refleksja nad zasadniczymi kwestiami warunkującymi obszar problemowy bezpieczeństwa zdrowotnego. Wyróżniono podstawowe czynniki, które lokują bezpieczeństwo zdrowotne w polu uwagi polityki społecznej, nakreślono model monitorowania zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zwrócono uwagę na rolę kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego jako instrumentu poznawczego.

* * *

Monografia stanowi efekt studiów nad bezpieczeństwem zdrowotnym prowadzonych w latach 2011–2016. Szczególne podziękowania należą się Panu dr. hab. Marianowi Mitrędzie oraz Pracownikom Zakładu Polityki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Za wsparcie dziękuję także mojej Żonie Aleksandrze.

ROZDZIAŁ PIERWSZY

Bezpieczeństwo zdrowotne – ustalenia preliminarne

Podjmując próbę zdefiniowania kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego, należy uprzednio podkreślić wieloznaczność samego pojęcia „bezpieczeństwo”, które można definiować, uwzględniając takie jego aspekty, jak: stan (poziom), proces, zjawisko, dylemat, potrzeba, a także cel polityczny, ponieważ zapewnienie bezpieczeństwa artykułowane w kategoriach wartości egzystencjalnych stanowi trwały element wewnętrznej i zewnętrznej polityki każdego państwa. Podkreślić także należy, że dynamika bezpieczeństwa warunkuje poszerzenie jego wymiaru podmiotowego, a dotychczasowa identyfikacja bezpieczeństwa, wyłącznie z zawężoną sferą bezpieczeństwa państwa, zwłaszcza ochrony granic przed uderzeniem militarnym, ulega redefinicji. Nowe podejście obejmuje większe spektrum zjawisk, ponieważ katalog samych wartości podlegających ochronie się rozszerza – bezpieczeństwo staje się zjawiskiem wielowymiarowym, a w procesie jego analizy uwzględnia się „miękkie bezpieczeństwo”.

W słowniku języka polskiego termin „bezpieczeństwo” odnosi się do stanu niezagrożenia¹, spokoju, pewności. Przedrostek *bez* oznacza natomiast nieobecność pewnego przymiotu, stan *bez pieczy*, co „świadczy o pierwotności poczucia zagrożenia w stosunku do poczucia, że się jest bezpiecznym »bez pieczy«, czyli bez dostatecznej ochrony”², to

¹ <http://sjp.pwn.pl/szukaj/bezpiecze%C5%84stwo.html> [data dostępu: 15.02.2017].

² J. STEFANOWICZ: *Bezpieczeństwo współczesnych państw*. Warszawa, „Pax”, 1984, s. 12.

znajduje potwierdzenie w etymologii tegoż terminu, wywodzącego się z łacińskiego *sine cura – securitas*, czyli stanu *bez opieki*³.

Dokonanie precyzyjnego sformułowania desygnatu pojęcia „bezpieczeństwo” nastęrcza trudności, wynikających głównie z faktu wielości definicji, które stanowią jednakże naturalną pochodną nastawienia metodologicznego przedstawicieli dziedzin nauki, definiujących własnie bezpieczeństwo za pomocą terminologii dyscypliny im najbliższej⁴. Konsekwencją logiczną tego stanu jest uznanie zakresu badań nad bezpieczeństwem za wieloaspektowe, obejmujące wiele pól (jeśli nie wszystkie pola) życia społecznego człowieka, uwzględniające między innymi płaszczyznę: ekonomiczną, społeczną, socjalną, kulturową czy demograficzną. Bezpieczeństwo jawi się zatem jako pojęcie bardzo złożone, którego próby wyjaśnienia nie doprowadziły do ustalenia jednolitej definicji.

Zazwyczaj eksponuje się negatywny, wąski charakter bezpieczeństwa jako stanu bez zagrożeń, czyli wystąpienia jednego z negatywnie wartościowanych zjawisk⁵ (tabela 1).

Zrozumienie istoty bezpieczeństwa wiąże się zatem z problematyką zagrożeń. Między tymi zjawiskami panuje swoista łączność polegająca na tym, że specyfika, a także natężenie zagrożeń mają zasadniczy wpływ na stan bezpieczeństwa danego podmiotu. Definiowanie bezpieczeństwa wyłącznie na podstawie katalogu zagrożeń wymaga jednakże uprzedniego określenia wszystkich rodzajów ryzyka, co w sytuacji złożonej rzeczywistości społecznej nie będzie nigdy w pełni możliwe. Natomiast traktowanie bezpieczeństwa w kategoriach przetrwania, zapewnienia warunków prawidłowego rozwoju (bezpieczeństwo rozwojowe) charakteryzuje pozytywne podejście do bezpieczeństwa, które cechuje się tym, że nie odrzucając wiedzy o zagrożeniach, ukierunkowuje podjęcie aktywnych działań w celu zagwarantowania jak najpełniejszego bezpieczeństwa.

Wskazany dychotomiczny podział wpisuje się w tendencję, zgodnie z którą większość definicji bezpieczeństwa koncentruje się raczej na ukazaniu jego funkcji i znaczenia dla określonego podmiotu niż na uchwyceniu zasadniczego trzonu pojęcia. Fakt ten skutkuje stanem, w którym kategoria bezpieczeństwa, pomimo rozlicznych prób wyjaśnienia, pozostaje jednym z najmniej precyzyjnych terminów w naukach społecz-

³ Zob. R. ZIĘBA: *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*. W: *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*. Red. D.B. BOBROW, E. HALIŻAK, R. ZIĘBA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 1997, s. 3.

⁴ Zob. M. CIEŚLARCZYK: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*. Siedlce, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, 2009, s. 9–10.

⁵ Zob. *ibidem*, s. 4.

Źródła zagrożeń bezpieczeństwa

Lp.	Źródło zagrożenia	Charakterystyka
1.	Przyroda (ekosfera)	Najstarsze i jednocześnie naturalne (pierwotne) źródło zagrożeń egzystencji człowieka, na przykład choroby epidemiczne.
2.	Technika (technosfera)	Stworzona przez człowieka, który paradoksalnie starając się okiełznać siły przyrody i uniezależnić się od techniki, popadł w jeszcze większe od niej uzależnienie.
3.	Spółeczeństwo	System społeczno-gospodarczo-polityczny warunkuje zachowania ludzkie, w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> – zorganizowaną przemoc: wojny, konflikty militarne, represje, system prawny ograniczający wolność jednostek; – tak zwaną kwestię społeczną wyrażającą się między innymi walką o byt; – wyzysk ekonomiczny; – nadmierne wymagania społeczne, na przykład w postaci kultu piękna; – zbyt dużą ingerencję różnych instytucji w życie prywatne jednostek; – szybkość zmian zachodzących w otoczeniu, „szok przyszłości”.
4.	Jednostka ludzka	Jednostka może stanowić zagrożenie dla samej siebie wskutek różnych przyczyn, na przykład: <ul style="list-style-type: none"> – czynników genetycznych i/lub nabytych; – czynów karalnych, wymierzonych w inne osoby; – zachowań autodestrukcyjnych; – podejmowania świadomych działań zwiększających korzyści, ale obciążonych ryzykiem.
5.	Inne jednostki ludzkie	Zachowania cechujące się patologią: przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, nienawiść itd.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: J. SUPIŃSKA: *Dylematy polityki społecznej*. Warszawa, Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, 1991, s. 83–84.

nych. Lawrence Freedman uważa nawet, że „w momencie, w którym wszystko, co budzi niepokój lub zagraża jakości życia, jest określane jako »problem bezpieczeństwa«, dziedzina badań zupełnie traci obszar koncentracji”⁶.

Adekwatną definicję natury bezpieczeństwa przedstawił Jerzy Stańczyk. Badacz ten uznał, że „istotą opartego na gwarancjach nienaruszalnego przetrwania i swobodach rozwojowych bezpieczeństwa jest

⁶ Cyt. za: R. KUŹNIAR: *Polityka i siła. Studia strategiczne – zarys problematyki*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2006, s. 244.

pewność”⁷. Pewność determinuje więc istnienie oraz przetrwanie podmiotu (jednostki, społeczeństwa, narodu), a także jego funkcjonowanie i możliwość swobodnego rozwoju. Postrzeganie pewności wymaga jednak uwzględnienia dwóch zasadniczych jej płaszczyzn: obiektywnej oraz subiektywnej, co powoduje kolejne problemy w definiowaniu i rozumieniu zjawiska bezpieczeństwa w naukach społecznych. Analizując bowiem naturę bezpieczeństwa, należy wziąć pod uwagę zarówno jego obiektywny, jak i subiektywny charakter, jako że zjawisko bezpieczeństwa związane jest ze zjawiskiem zagrożenia, a także pewności. Element subiektywny odnosi się więc do kwestii odczuwania i postrzegania zjawiska uznanego za niekorzystne lub nawet niebezpieczne, a obiektywny nawiązuje do realnych, rzeczywistych niebezpieczeństw i w związku z tym „podlega racjonalnemu osądowi”⁸, podczas gdy wymiar subiektywny „skupia się na [...] psychicznym odbiorze”⁹. Wskazane elementy nadają kształt pojęciu zagrożenia, przez co dookreślają naturę bezpieczeństwa.

Wymiary obiektywny i subiektywny współwystępują w analizie bezpieczeństwa, na co zwrócił uwagę Daniel Frei w opracowanym modelu, opierającym się na wspomnianych komponentach i obejmującym:

- stan braku bezpieczeństwa, gdy występuje rzeczywiste zagrożenie zewnętrzne, które jest prawidłowo postrzegane;
- stan obsesji, kiedy brak zagrożenia lub nieznaczne zagrożenie postrzegane są nieadekwatnie jako duże i istniejące wyłącznie w świadomości;
- stan fałszywego bezpieczeństwa panujący wówczas, gdy poważne zagrożenie postrzegane jest jako niewielkie;
- stan bezpieczeństwa, jeśli nieznaczne zagrożenie postrzegane jest adekwatnie¹⁰.

Połączenie dwóch ujęć bezpieczeństwa pozwala uznać model D. Freia za użyteczny w sferze poznawczej, ale również w psychospołecznej, ponieważ podkreśla rolę psychologii w kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa.

⁷ J. STAŃCZYK: *Kres „zimnej wojny”. Bezpieczeństwo europejskie w procesie zmiany międzynarodowego układu sił (na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX w.)*. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2004, s. 261.

⁸ M. BRZEZIŃSKI: *Kategoria bezpieczeństwa*. W: *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*. Red. S. SUŁOWSKI, M. BRZEZIŃSKI. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2009, s. 24.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Za: M. PIETRAŚ: *Bezpieczeństwo międzynarodowe*. W: *Międzynarodowe stosunki polityczne*. Red. M. PIETRAŚ. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2006, s. 325.

Prowadząc badania nad istotą bezpieczeństwa oraz analizując jego definicje sformułowane w obrębie różnych dyscyplin naukowych, Eugeniusz Moczuk wyróżnił cztery podstawowe ich grupy:

- definicje podmiotowe, ujmujące podstawowe elementy bezpieczeństwa, czyli możliwość przeżycia jednostki, oraz brak sytuacji zagrożających jej; w ujęciu podmiotowym podkreśla się również, że podmiotem bezpieczeństwa jest oprócz jednostki również państwo;
- definicje podmiotowo-psychologiczne, kierujące rozważania nad naturą bezpieczeństwa ku pewności przeżycia oraz kondycji psychicznej jednostki, która dzięki spokojowi oraz poczuciu niezagrożenia może się rozwijać w społeczeństwie;
- definicje podmiotowo-wyliczające, precyzujące bezpieczeństwo jako stan, który wynika z zaspokojenia potrzeb człowieka, grupy społecznej bądź społeczeństwa;
- definicje przedmiotowe, wskazujące warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby możliwe było istnienie jednostki oraz trwanie społeczeństwa¹¹.

Natura bezpieczeństwa jawi się w świetle tej typologii jako kategoria oznaczająca przede wszystkim pewność przeżycia jednostki, możliwość przetrwania w otaczającym ją świecie. Bezpieczeństwo bowiem tożsame jest, w ścisłym znaczeniu, z zagwarantowaniem jednostce warunków do istnienia oraz funkcjonowania, bez względu na czynniki przyrodnicze czy społeczne, które mają na nią wpływ. Natomiast w szerokim znaczeniu bezpieczeństwo zapewnia możliwość przetrwania społeczeństwa.

Ważnym podejściem badawczym pozwalającym zrozumieć istotę bezpieczeństwa jest próba definicji tego zjawiska z perspektywy wartości oraz potrzeby społecznej. Wskutek tego bezpieczeństwo postrzegane jest jako centralna kategoria społeczna.

Pojęcie bezpieczeństwa rozważane w perspektywie aksjologicznej utożsamia się z wartością naczelną dla jednostek i grup społecznych, a zarazem z ich najważniejszym celem istnienia¹². Precyzyjne ustalenie zakresu czy jednoznacznego sposobu rozumienia pojęcia „wartość” nie jest co prawda możliwe, ale podobnie jak w odniesieniu do większości kategorii w naukach społecznych, wskazać można społeczno-kulturową naturę wartości. Zazwyczaj pod pojęciem „wartości” „rozumie się zarówno dobra jako cele działania, jak i postawy (przekonania) wo-

¹¹ Zob. E. MOCZUK: *Socjologiczne aspekty bezpieczeństwa lokalnego*. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009, s. 27–33.

¹² Zob. L. BULIŃSKI: *Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. Przykład: Gdańsk*. Warszawa, Wydawnictwo CeDeWu, 2009, s. 11.

bec tych celów, a także struktury przekazu wartości i postaw wobec wartości”¹³.

Wyróżnić można również teorie identyfikujące oraz porządkujące rodzaje wartości. Milton Rokeach wymienił dwa zasadnicze typy wartości: wartości instrumentalne, traktowane jako ogólnie preferowane sposoby postępowania, oraz wartości ostateczne, dotyczące krańcowych, ponadsytuacyjnych celów egzystencji człowieka. Wśród wartości ostatecznych wyróżnił dwa rodzaje bezpieczeństwa: bezpieczeństwo narodowe, definiowane jako ochrona przed napaścią, oraz bezpieczeństwo rodziny, pojmowane jako ochrona osób najbliższych¹⁴. Wartości w tak zwane kategorie treściowe usystematyzował także Shalom H. Schwartz¹⁵, który ich charakterystykę zawarł w opisie ich celów:

- kierowanie sobą (*self-direction*), opierające się na zasadach: niezależności w myśleniu i działaniu, wolności, twórczości i odkrywaniu;
- stymulacja (*stimulation*), polegająca na ekscytacji i podejmowaniu nowych wyzwań w życiu;
- hedonizm (*hedonism*), wyrażający się w traktowaniu przyjemności jako wartości najważniejszej w życiu, której sprzyja osiągnięcie zadowalającego wynagrodzenia;
- osiągnięcia (*achievement*), będące osobistym sukcesem zdobytym wskutek własnych zdolności i w zgodzie z normami społecznymi;
- władza (*power*), przejawiająca się: w statusie społecznym, kontroli i w zarządzaniu ludźmi oraz zasobami;
- bezpieczeństwo (*security*), wyznaczane przez ład i porządek społeczny oraz równowagę w relacjach międzyludzkich;
- przystosowanie (*conformity*), polegające na umiejętności powstrzymywania potencjalnych działań, które mogłyby krzywdzić innych oraz naruszać normy społeczne;
- tradycja (*tradition*), wyrażająca się w akceptacji zwyczajów oraz idei, które kultura tradycyjna i religia oferują jednostce;
- życzliwość (*benevolence*) i poprawa dobrostanu osób, z którymi jest się w częstym kontakcie osobistym (grupy społecznej);

¹³ M. KUBIAK: *Filozofia bezpieczeństwa – nowe wyzwania*. W: *Filozofia bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego. Tradycja – współczesność – nowe wyzwania*. Red. R. ROSA, M. LIPÍŃSKA-RZESZUTEK, M. KUBIAK. Siedlce, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, 2007, s. 331.

¹⁴ Zob. P. BRZOWSKI: *Skala Wartości – polska adaptacja testu Milтона Rokeacha*. W: *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia*. Red. R.Ł. DRWAŁ. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Pedagogiki i Psychologii, 1989, s. 88.

¹⁵ Zob. S.H. SCHWARTZ: *Basic Human Values: An Overview*, s. 2. <http://segrdid2.fmag.unict.it/allegati/convegno%207-8-10-05/schwartzpaper.pdf/> [data dostępu: 15.02.2017].

- uniwersalizm (*universalism*), wyrażający zrozumienie i tolerancyjność wobec wszystkich ludzi oraz środowiska naturalnego¹⁶.

Shalom H. Schwartz dokonał także uporządkowania kategorii, określając relacje, jakie zachodzą między nimi. W największym stopniu związane z bezpieczeństwem są przystosowanie oraz tradycja, stanowiące łącznie metakategorię definiowaną jako zachowawczość. W kontekście wartości bezpieczeństwo ujmowane jest jednak nie jako oddzielna wartość, lecz jako złożona kategoria, w której skład wchodzi: pewność, że jest się bezpiecznym (*safety*), harmonia oraz równowaga w trzech płaszczyznach: społecznej, w relacji z innymi i wewnętrznej¹⁷.

W procesie definiowania bezpieczeństwa przez pryzmat wartości Ingrid Schölch podkreśla trzy zasadnicze komponenty, którymi są: świadomość niebezpieczeństwa (zagrożenia) zewnętrznego, potrzeba ochrony danych dóbr i wartości oraz umiejętność zachowania określonego dobra w sytuacji niebezpieczeństwa¹⁸. Stephen M. Shaffer uznaje zaś bezpieczeństwo za wartość „ogólnie pożądaną, będącą dobrem, które chcemy osiągnąć i utrzymać jak najdłużej”¹⁹.

Specyficzną nadrzędność bezpieczeństwa nad innymi sferami społecznymi akcentuje Waldemar Kitler. Uważa to za następstwo faktu, że jest ono wartością, której osiąganie stanowi podstawową aktywność, stojącą ponad różnorodnymi przejawami aktywności społecznej²⁰. Natomiast w perspektywie filozoficznej na bezpieczeństwo składa się kilka elementów: sytuacje, zdarzenia, fakty oraz stany rzeczy, które są zależne, ale również niezależne od ludzi, a „bezpieczeństwo, tak rozumiane, poprzedza [...] inne wartości, ale samo jest jedną z wartości podstawowych, spełniając rolę instrumentalną dla powstawania i istnienia wartości materialnych i duchowych”²¹.

Warto zwrócić uwagę na stanowisko sformułowane przez Józefa Kulkę, który postrzega bezpieczeństwo jako system wartości, pozostający w relacji ze środkami zapewniającymi zachowanie tychże wartości. Na wskazany system składają się (schemat 1):

¹⁶ Zob. ibidem, s. 2–3.

¹⁷ Zob. P. BRZOWSKI: *Uniwersalność struktury wartości: koncepcja Shaloma H. Schwartz*. „Roczniki Psychologiczne” 2002, nr 5, s. 34.

¹⁸ Zob. A.M. ZIOŁKOWSKI: *Teoria międzynarodowych stosunków politycznych*. Warszawa, Wyższa Szkoła Administracyjno-Społeczna, 2010, s. 169.

¹⁹ Ibidem, s. 172–174.

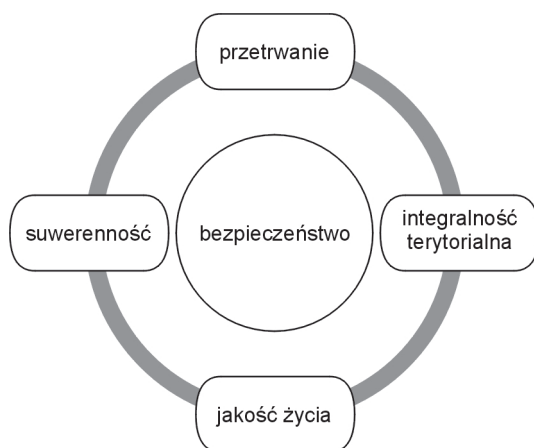
²⁰ Zob. W. KITLER: *Bezpieczeństwo narodowe RP. Podstawowe kategorie, uwarunkowania, system*. Warszawa, Akademia Obrony Narodowej, 2011, s. 23.

²¹ W. TULIBACKI: *Etyczne aspekty bezpieczeństwa na tle pewnych „stałych” cech natury ludzkiej*. W: *Edukacja do bezpieczeństwa i pokoju w jednoczącej się Europie. Teoria i jej zastosowanie. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Naukowej*. Red. R. ROSA. Siedlce–Chlewiska, Instytut Pedagogiki Wyższej Szkoły Rolniczo-Pedagogicznej, 1999, s. 33.

- przetrwanie (państwowe, etniczne, biologiczne) pojmowane jako wartość nadrzędna;
- integralność terytorialna (w znaczeniu fizycznym, narodowym i państwowym) – rozumiana jako zasadniczy równoważnik bezpieczeństwa;
- niezależność polityczna (w odniesieniu do ustroju, samowładności oraz swobody afiliacji), czyli suwerenność państwa w sferze sprawowania władzy politycznej w wymiarze zarówno wewnętrznym, jak i zewnętrznym;
- jakość życia definiowana jako styl oraz standard życia, poziom rozwoju społeczno-ekonomicznego, jakość stosunków społecznych, zakres praw i swobód obywatelskich, bezpieczne środowisko naturalne²².

SCHEMAT 1

Bezpieczeństwo jako system wartości według Józefa Kukułki



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: R. ZIĘBA: *Pojęcie i istota bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych*. „Sprawy Międzynarodowe” 1989, nr 10, s. 50.

Wartości bezpieczeństwa przytoczone w punktach od pierwszego do trzeciego wyznaczają tradycyjne obszary bezpieczeństwa, które są powszechne w polityce bezpieczeństwa państwa, natomiast komponenty zawarte w punkcie czwartym stanowią rezultat przedmiotowego poszerzenia wymiaru bezpieczeństwa. Skala włączenia tych wartości wynika jednakże z możliwości, a także z preferencji podmiotów organizujących politykę bezpieczeństwa państwa.

²² Zob. J. KUKUŁKA: *Bezpieczeństwo a współpraca europejska – współzależność i sprzeczność interesów*. „Sprawy Międzynarodowe” 1982, nr 7, s. 29.

Bezpieczeństwo definiowane jako wartość stanowi kategorię abstrakcyjną – nie jest stanem osiągalnym, lecz punktem docelowym, swoistym stanem pożądanym, w którego kierunku należy zmierzać. Odwołując się do bezpieczeństwa, jednostka uzasadnia realizację konkretnych działań, jakie podejmuje. Bezpieczeństwo wpływa zatem na motywację, wobec czego częściej doznawane bywa jako potrzeba. Jednostka dąży do zaspokojenia własnych potrzeb, a następnie dostrzega wartości i postępuje zgodnie z nakazem wynikającym z odczytania ich znaczenia²³. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i jej realizacja przez jednostkę prowadzą do stanu satysfakcji, odczuwanego jako poczucie bezpieczeństwa.

W naukach społecznych wyróżnić można zatem podejście do bezpieczeństwa obejmujące w najogólniejszym znaczeniu zabezpieczenie takich potrzeb, jak: istnienie, przetrwanie, pewność, stabilność, tożsamość (identyczność), niezależność, ochrona poziomu i jakości życia. Bezpieczeństwo, stanowiąc naczelną potrzebę człowieka oraz grup społecznych, jest jednocześnie podstawową potrzebą państw i systemów międzynarodowych, której brak implikuje niepokój i poczucie zagrożenia²⁴.

Analogicznie jak w przypadku pojęcia wartości, również kategorię potrzeb opisuje znaczna liczba zróżnicowanych definicji, co skutkuje brakiem ogólnej teorii potrzeb w naukach społecznych, a ich definiowanie niejednokrotnie opiera się na koncepcjach psychologicznych.

Potrzeby w psychologii pojmowane są jako podstawowe nakazy działania, w znacznym stopniu wrodzone, a ich zasadniczym, wspólnym trzonem jest cecha, którą można określić jako wewnętrzny czynnik motywacyjny. Tadeusz Mądrycki definiuje potrzeby jako swoiste wymogi, których wypełnienie stanowi warunek konieczny przeżycia, rozwoju oraz prawidłowego funkcjonowania człowieka²⁵. Odnoszą się one zatem do relacji między jednostką a otaczającym ją środowiskiem, ponieważ źródłem aktywności człowieka jest napięcie, które stymuluje organizm do działania, a tym samym do zaspokojenia potrzeby. Jednocześnie należy zaznaczyć, że wyszczególnić można bardzo wiele różnorodnych potrzeb, których jednoznacznie nie skategoryzowano²⁶. Pośród klasyfikacji znaleźć można również potrzebę bezpieczeństwa, chociaż jedynie

²³ Zob. W. PRĘŻYNA: *Społeczno-religijne ramy odniesienia dla poczucia sensu życia i psychoterapii*. W: *Człowiek – wartości – sens. Studia z psychologii egzystencji*. Red. K. POPIELSKI. Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL, 1996, s. 371.

²⁴ Zob. R. ZIĘBA: *Pojęcie i istota bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych*, „Sprawy Międzynarodowe” 1989, nr 10, s. 50.

²⁵ Zob. T. MĄDRZYCKI: *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996, s. 27.

²⁶ Zob. *ibidem*, s. 30.

wpływ na postrzeganie samego siebie, wyobrażenie otaczającego świata, a także na odnoszenie się do niego³⁰.

Bezpieczeństwem ujmowanym w kategoriach potrzeby kierują trzy zasady: hierarchii, satysfakcji – progresji, oraz frustracji – regresji. Zasada hierarchii wyznacza swoistą istotność potrzeb, szeregując potrzeby bezpieczeństwa tuż po potrzebach fizjologicznych – pozostałe potrzeby mają charakter wtórny. Reguła stratyfikacji – progresji głosi, że zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa aktywuje potrzebę następną w hierarchii. Jednocześnie brak realizacji potrzeb wyższych rzędów doprowadza do regresji i frustracji³¹. Niemożność zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa „wyrządza szkody jednostce, grupie społecznej, gdyż destabilizuje jej tożsamość i funkcjonowanie. Przejawiają się tendencje do zmiany istniejącego stanu rzeczy, do oporu wobec niekorzystnych zmian w sferze zewnątrzprzedmiotowej i do stosowania środków ochronnych, mogących przywrócić poczucie bezpieczeństwa”³². Bezpieczeństwo przejawia się zatem nie tylko w formie statycznej, jako określony stan rzeczy, ale również jako dynamiczny proces społeczny, w którego trakcie aktywne podmioty dążą do zapewnienia bezpieczeństwa warunkującego osiągnięcie dalszych celów społecznych.

W teorii potrzeb bezpieczeństwo jest rozumiane dwojako: po pierwsze, jako kategoria formalna, składająca się z konkretnych potrzeb, lub po drugie, jako samoistna potrzeba, której treść łączy się z gwarancją podstawowych warunków życia. Augustyn Bańka wyraża pogląd, że bezpieczeństwo stanowi nawet podstawową potrzebę człowieka, która konstytuuje proces wartościowania otoczenia, a także podejmowania działań³³. Bezpieczeństwo stanowi zatem nadrzędną potrzebę każdego człowieka, a zarazem priorytetowy cel jego egzystencji³⁴. Podmiotowa natura potrzeby bezpieczeństwa wyraża się w fakcie, że może się odnosić zarówno do jednostek, jak i dużych grup społecznych czy narodów. Bezpieczeństwo jako potrzebę egzystencjalną cechuje natomiast wieloaspektowość wyrażająca się w zaspokojeniu wielu potrzeb szczegółowych, związanych z istnieniem danego podmiotu (trwanie, całość, tożsamość, niezależność, spokój, posiadanie oraz pewność funkcjonowa-

³⁰ Zob. T. MĄDRZYCKI: *Osobowość jako system...*, s. 32.

³¹ Zob. J. PROŃKO: *Bezpieczeństwo państwa. Zarys teorii problemu i zadań administracji publicznej*. Bielsko-Biała, Wyższa Szkoła Administracji, 2007, s. 7–11.

³² J. KUKUŁKA: *Nowe uwarunkowania i wymiary bezpieczeństwa międzynarodowego Polski*. „Wieś i Państwo” 1995, nr 1, s. 198–199.

³³ Zob. A. BAŃKA: *Spółeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2002, s. 227–230.

³⁴ Zob. J. STAŃCZYK: *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*. Warszawa, Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, 1996, s. 18.

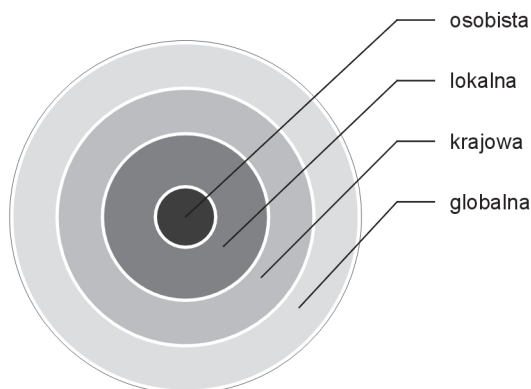
nia i rozwoju)³⁵. Roman Kuźniar także podkreśla naturę potrzeby bezpieczeństwa jako egzystencjalną potrzebę jednostek, grup społecznych, jak również państw. „Idzie przy tym nie tylko o przetrwanie, integralność czy niezawisłość, lecz także o bezpieczeństwo rozwoju, który zapewnia ochronę i wzbogacenie tożsamości jednostki czy narodu”³⁶.

Potrzebę bezpieczeństwa, w związku z poczynionymi ustaleniami, można rozpatrywać przez pryzmat płaszczyzny, na których występuje (schemat 3):

- globalnej, pojmowanej jako życie w regionie, w którym nie dochodzi do konfliktów zbrojnych;
- krajowej, rozumianej jako życie w praworządnym kraju;
- lokalnej, wynikającej z zamieszkiwania w bezpiecznej okolicy, bez obaw o napady, dewastacje i kradzieże mienia;
- osobistej, wyznaczonej na przykład bezpiecznymi warunkami i pewnością pracy czy systemem ochrony zdrowia zapewniającym dostępność do świadczeń.

SCHEMAT 3

Płaszczyzny bezpieczeństwa definiowanego jako potrzeba



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Bezpieczeństwo jako kategoria antropocentryczna związane jest zarówno z człowiekiem jako jednostką, jak i ze zorganizowanymi formami społecznej egzystencji, jakimi są społeczeństwo, naród czy państwo. Z bezpieczeństwem łączą się takie potrzeby, jak poczucie stabilności

³⁵ R. ZIĘBA, J. ZAJĄC: *Budowa zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego Polski. Ekspertyza*. Warszawa 2010, s. 8. http://www.pl.ism.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2013/02/zieba-zajac-budowa_zintegrowanego_systemu_bezpieczenstwa_narodowego_polski_ekspertyza_2010.pdf/ [data dostępu: 15.02.2017].

³⁶ R. KUŹNIAR: *Po pierwsze, bezpieczeństwo*. „Rzeczpospolita” z 9.01.1996. <http://archiwum.rp.pl/artykul/75465-Po-pierwsze-bezpieczenstwo.html> [data dostępu: 15.02.2017].

i niezmienności danego, pozytywnie ocenianego stanu rzeczy, a także odczuwanie braku zagrożenia wewnętrznego lub zewnętrznego, które daje pewność rozwoju i zapewnia jego swobodę.

Natura bezpieczeństwa nie zawiera się zatem ani w jednorazowym zdarzeniu, ani w procesach zachodzących życiu jednostki czy też zbiorowości. Nie jest nawet jednoznacznie i bezsprzecznie określonym celem tych podmiotów. Zrozumienie fenomenu bezpieczeństwa bowiem wymaga rozpatrzenia jego istoty jako zjawiska, które przejawia się w wielu wzajemnie przenikających się płaszczyznach. Należy zatem bezpieczeństwo postrzegać kompleksowo, jako „pierwotną, egzystencjalną i naczelną wartość i potrzebę każdego człowieka, warunkującą przeżycie i rozwój jednostki oraz grup społecznych. W celu wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa ludzie jednoczą się (stowarzyszają) oraz powołują państwo, jako najwyższą formę organizacyjną, gwarantującą bezpieczeństwo”³⁷.

Różnorodność podejść, a także wielość sposobów analizowania kategorii bezpieczeństwa powodują, że niezbędny staje się zabieg uściślenia, który polega na precyzyjnym wskazaniu jego odmian, umożliwiającą dalszą, pogłębioną analizę jego aspektów, albowiem współczesne bezpieczeństwo charakteryzuje wiele form.

Zwiększająca się ilość kontekstów, w których występuje bezpieczeństwo, powoduje, że obejmuje swym zakresem nie tylko utrwalone zagadnienia militarne czy polityczne, lecz także problematykę ekologii, demografii bądź też zdrowia. Podkreślić również należy, w nawiązaniu do poprzednich rozważań, że bezpieczeństwo stanowi szczególną wartość, która przenika i determinuje wiele dziedzin życia społecznego, dlatego też można dostrzec proces intensyfikacji wielu form bezpieczeństwa.

Nowym rodzajom bezpieczeństwa towarzyszy jednakże ogólnikowa i niedookreślona treść. Fakt ten powoduje zamieszanie terminologiczne przekładające się na trudności w jednoznacznym rozumieniu tychże kategorii. Metodą pozwalającą na uporządkowanie rodzajów bezpieczeństwa jest sprowadzenie ich do wymiarów, w których obrębie można badać bezpieczeństwo w sposób planowy. Wskazać zatem należy między innymi wymiar przedmiotowy, który określa rodzaj bezpieczeństwa podmiotu. Marian Cieślarczyk zauważa, że „przedmiot bezpieczeństwa mieści się z jednej strony w sferze wartości podmiotu, z drugiej zaś – w sferze aktywności podmiotu”³⁸, zatem wymienić należy przede

³⁷ A. SKRABACZ: *Bezpieczeństwo społeczne. Podstawy teoretyczne i praktyczne*. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2012, s. 26.

³⁸ M. CIEŚLARCZYK: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy...*, s. 73.

wszystkim bezpieczeństwo ekologiczne, zdrowotne, ekonomiczne, polityczne czy wyróżnione uprzednio bezpieczeństwo społeczne³⁹.

Systemowe podejście do definiowania bezpieczeństwa, uwzględniające zarówno perspektywę militarną, jak i pozamilitarną, przedstawili Bary Buzan, Ole Wæver oraz Jaap de Wilde w pracy zatytułowanej *Security. A New Framework for Analysis*⁴⁰. Wskazani autorzy, wyróżniając horyzontalny oraz wertykalny wymiar studiów nad bezpieczeństwem, otworzyli nowe pola eksploracji. Poziomy kierunek rozszerzenia zakresu pojęcia „bezpieczeństwo” wyrażał się poszerzeniem odpowiedzialności za stan bezpieczeństwa nie tylko na państwo, lecz także na inne podmioty. Pionowy zakres badań nad bezpieczeństwem przenosił natomiast akcent z dotychczasowego wymiaru militarnego na poszerzony obszar problemowy. W rezultacie tych zabiegów wspomniani autorzy wyróżnili pięć sektorów bezpieczeństwa:

- sektor militarny, implikujący siłowy przymus;
- sektor polityczny, koncentrujący się na relacjach władzy, instytucji zarządzania oraz identyfikowania;
- sektor ekonomiczny, opierający się na relacjach, jakie zachodzą między produkcją, handlem i finansjery;
- sektor społeczny, dotyczący tożsamości wspólnotowej;
- sektor ekologiczny, obejmujący relacje między działalnością człowieka a środowiskiem naturalnym.

Wyróżnionym sektorom bezpieczeństwa odpowiadało pięć typów bezpieczeństwa: militarne, polityczne, ekonomiczne, społeczne oraz ekologiczne⁴¹ (schemat 4).

Zmiany w sposobie myślenia o bezpieczeństwie spowodowane zostały odejściem od negatywnego pojmowania tego pojęcia. Poszerzanie (*widening*) oraz ciągle pogłębianie (*deepening*) zakresu bezpieczeństwa spowodowały wyłonienie się wielu nowych płaszczyzn, których analizę można prowadzić w sposób odrębny dla każdej z nich, co skutkuje większym uporządkowaniem pomimo wzajemnych związków.

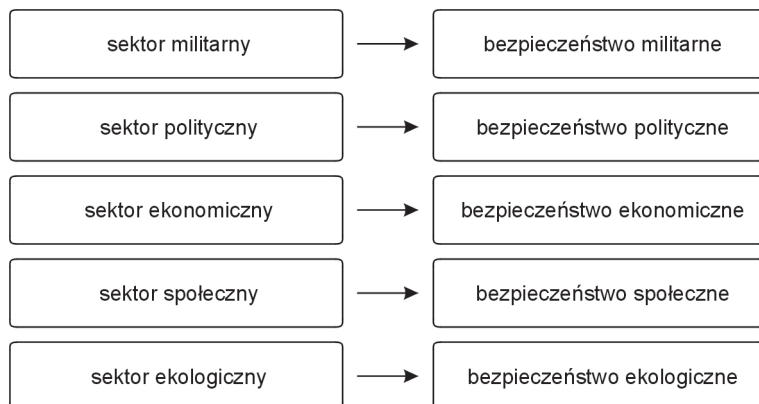
Rozszerzenie podmiotowego ujęcia bezpieczeństwa poza sferę państwa i jego środowiska międzynarodowego stanowi zatem rezultat stosowania tak zwanego szerokiego podejścia do bezpieczeństwa. Bary’ego Buzana koncepcja szkoły stanowiła punkt wyjścia procesu pogłębiania badań nad naturą bezpieczeństwa. Konsekwencją tego procesu stało się wypracowanie koncepcji *human security*, czyli bezpieczeństwa jednostki

³⁹ Zob. M. BRZEZIŃSKI: *Kategoria bezpieczeństwa...*, s. 34.

⁴⁰ B. BUZAN, O. WÆVER, J. DE WILDE: *Security. A New Framework for Analysis*. Boulder-London, Lynne Rienner Publishers, 1998.

⁴¹ Zob. ibidem, s. 7. Por. K.P. MARCZUK: *Bezpieczeństwo wewnętrzne w poszerzonej agencji studiów nad bezpieczeństwem*. W: *Bezpieczeństwo wewnętrzne...*, s. 68–69.

Sektory bezpieczeństwa oraz odpowiadające im typy bezpieczeństwa
w ujęciu Bary'ego Buzana, Olego Wævera i Jaapa de Wilde'a



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: B. BUZAN, O. WÆVER, J. DE WILDE: *Security...*, s. 7 i nast.

ludzkiej (bezpieczeństwa człowieka). Ideologicznych źródeł tej idei należy upatrywać w tak zwanej mowie *O czterech wolnościach*, wygłoszonej podczas dorocznego przemówienia prezydenta Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej Franklina D. Roosevelta do Kongresu w dniu 6 stycznia 1941 roku. Prezydent Roosevelt podkreślił, że „Stany Zjednoczone walczą o uniwersalne »cztery wolności«: wolność słowa (*the freedom of speech*), wolność wyznania (*the freedom of worship*), wolność od niedostatku (*the freedom from want*) i wolność od strachu (*the freedom from fear*)”⁴².

Pojęcie „wolność od strachu i nędzy” zostało również zapisane pośród zasad Karty atlantyckiej, którą podpisali 14 sierpnia 1941 roku prezydent F.D. Roosevelt oraz premier Winston Churchill. Zasada szósta głosiła, że „po ostatecznym zniszczeniu nazistowskiej tyranii mają nadzieję ustanowić pokój, który zapewniłby wszystkim narodom warunki bezpiecznego życia wewnątrz swoich granic i dawał pewność, że wszyscy mieszkańcy wszystkich krajów będą mogli prowadzić życie wolne od lęku i nędzy”⁴³.

Idea wolności od strachu i nędzy skonkretyzowana została w opublikowanym w 1994 roku przez Program Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz Rozwoju (UNDP) Raporcie o rozwoju społecznym, który nosił tytuł *Nowe wymiary bezpieczeństwa jednostki ludzkiej* (*New dimensions*

⁴² F.D. ROOSEVELT: *The Four Freedoms*. Delivered 6 January 1941. <http://www.americanrhetoric.com/speeches/fdrthefourfreedoms.htm> [data dostępu: 15.02.2017].

⁴³ S. OKUBO: „*Freedom from Fear and Want*” and „*the Right to Live in Peace*”, and „*Human Security*”. „*Ritsumekan International Affairs*” 2007, vol. 5, s. 5.

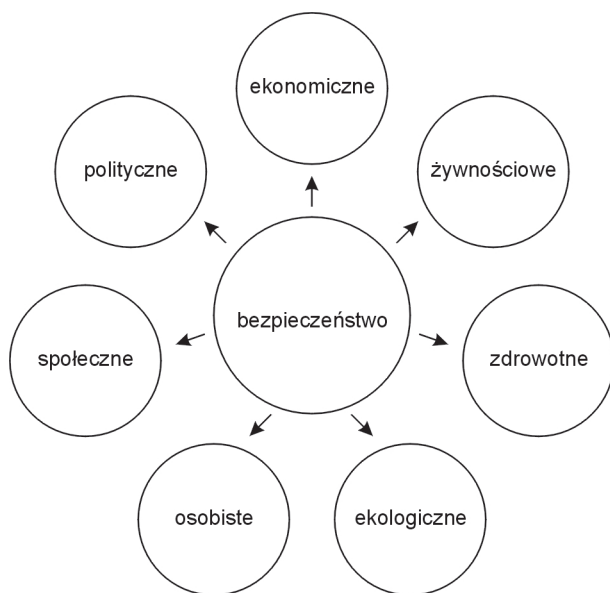
of human security). W dokumencie tym podkreślono, że „koncepcja bezpieczeństwa zbyt długo była rozumiana w sposób wąski, jako bezpieczeństwo danego terytorium [...] lub jako ochrona interesu narodowego w polityce zagranicznej bądź jako światowe bezpieczeństwo [...]. Dla większości ludzi brak poczucia bezpieczeństwa wynika z obawy o codzienny byt (pożywienie, pracę czy bezpieczeństwo rodziny), a nie ze strachu przed globalną katastrofą”⁴⁴.

W raporcie UNDP określono także sektory bezpieczeństwa (schemat 5), w którego treść powinny zostać wpisane (rozszerzone) zagrożenia w siedmiu obszarach (poszerzona koncepcja B. Buzana):

- bezpieczeństwa ekonomicznego;
- bezpieczeństwa żywnościowego;
- bezpieczeństwa zdrowotnego;
- bezpieczeństwa środowiskowego (ekologicznego);
- bezpieczeństwa osobistego;
- bezpieczeństwa społecznego (wspólnot);
- bezpieczeństwa politycznego⁴⁵.

SCHEMAT 5

Wymiary bezpieczeństwa w koncepcji *human security*



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM: *Human Development Report 1994...*, s. 24.

⁴⁴ UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM: *Human Development Report 1994*. New York–Oxford, Oxford University Press, 1994, s. 22.

⁴⁵ Zob. ibidem, s. 24.

W rozważaniach nad *human security* należy zauważyć, że rozumienie tej koncepcji ukształtowało się wokół dwóch szkół: japońskiej oraz kanadyjskiej.

Przedstawiciele japońskiego nurtu *human security* pojmują bezpieczeństwo jako „wolność od niedostatku” (*freedom from want*), czyli zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych jednostki (potrzeb przetrwania), oraz zagwarantowanie pozytywnego bezpieczeństwa – możliwości rozwoju. Japońską szkołę *human security* charakteryzuje zatem szerokie ujęcie tejże koncepcji, podkreślające godność człowieka oraz jego prawo do rozwoju. Praktyczną realizacją tych deklaracji stało się powołanie z inicjatywy rządu Japonii, w ramach Organizacji Narodów Zjednoczonych, Funduszu Powierniczego na rzecz Human Security (United Nations Trust Fund for Human Security), którego zasadniczym celem jest promocja bezpieczeństwa jednostki w myśl zasady: *Freedom from fear, freedom from want, freedom to live in dignity*⁴⁶.

Zawężające podejście do koncepcji *human security* przyjęła natomiast szkoła kanadyjska, koncentrując się na rozważaniach nad konfliktami zbrojnymi (koncepte neorealistyczne) oraz na związanych z nimi interwencjach humanitarnych (podejście *freedom from fear*), a także akcentując wolności polityczne oraz prawa człowieka. Kanadyjska interpretacja *human security* dopuszcza również wykorzystanie siły na terenie innego państwa, ale zawsze w imię ochrony życia oraz praw jednostki⁴⁷. Rezultatem działań kanadyjskiej szkoły *human security* stało się powołanie Sieci Bezpieczeństwa Jednostki (Human Security Network – HSN) składającej się z kilkunastu państw⁴⁸. Jej zadaniem jest promowanie koncepcji *human security* za pomocą środków dyplomatycznych⁴⁹.

Koncepcja *human security* stała się również przedmiotem krytyki, której podstawowe zarzuty obejmują niewystarczające zdefiniowanie koncepcji, zbyt szeroki jej zakres, ujmujący prawie wszystkie dziedziny życia – od bezpieczeństwa fizycznego po bezpieczeństwo żywnościowe czy psychiczne, co może nieść konsekwencje w postaci przesunięcia akcentów z militarnych metod osiągania celów na inne dziedziny. W konsekwencji przedstawionych argumentów idea *human security* stanowić może znaczący obszar naukowych eksploracji, jednakże nie powinna,

⁴⁶ UNITED NATIONS TRUST FUND FOR HUMAN SECURITY: *Human Security for All*. <http://www.un.org/humansecurity/about-human-security/human-security-all> [data dostępu: 15.02.2017].

⁴⁷ Zob. K.P. MARCZUK: *Trzecia opcja. Gwardie narodowe w wybranych państwach Basenu Morza Śródziemnego*. Warszawa, Fundacja Studiów Międzynarodowych, 2007, s. 87.

⁴⁸ Zob. <http://cips.uottawa.ca/the-human-security-network-fifteen-years-on/> [data dostępu: 15.02.2017].

⁴⁹ Zob. K.P. MARCZUK: *Trzecia opcja...*, s. 88.

w ujęciu krytyków, konstytuować nowego paradygmatu bezpieczeństwa w XXI wieku⁵⁰.

Pomimo odmiennych stanowisk w kwestii statusu naukowego idei *human security* należy podkreślić, że koncepcja ta stanowi przykład poszerzenia zakresu badań nad istotą bezpieczeństwa, wpisując się tym samym w sposób trwały we współczesne rozumienie bezpieczeństwa.

Zapoczątkowane w koncepcji B. Buzana sektorowe podejście do analizy bezpieczeństwa pozwala na skonstruowanie obrazu środowiska bezpieczeństwa, które charakteryzuje względna całość. Ponadto perspektywa sektorów bezpieczeństwa pozwala na uporządkowanie poziomów analizy, a w szczególności kreuje swoistą przestrzeń dla nowych obszarów, które w przyszłości będą rozpatrywane zgodnie z kryterium przedmiotowym. W literaturze przedmiotu wyraźnie zauważalne stały się tym samym sektory, które można uznać już za tradycyjne: militarny, polityczny, ekonomiczny, społeczny i ekologiczny. Stanowią one podstawę, trzon rozważań w sektorowym podejściu do bezpieczeństwa, które ulega ciąglemu poszerzaniu, powstają bowiem nowe sektory, takie jak: bezpieczeństwo migracyjne, kulturowe, infrastruktury krytycznej czy zdrowotne, wyznaczając tym samym nowe kierunki w analizie przedmiotowej bezpieczeństwa (tabela 2).

TABELA 2

Struktura bezpieczeństwa narodowego przyjęta
w Strategicznym Przeglądzie Bezpieczeństwa Narodowego

Dziedziny bezpieczeństwa narodowego															
obronna		ochronna		społeczna				gospodarcza							
sektory bezpieczeństwa narodowego															
dypłomatyczny															
militarny															
wywiadowczy															
kontrwywiadowczy															
prawa i porządku publicznego															
ratownictwa															
kulturowy															
edukacyjny															
socjalny															
demograficzny															
migracyjny															
... [inne sektory – P.G.]															
finansowy															
energetyczny															
transportowy															
infrastruktury krytycznej															
środowiska naturalnego															
... [inne sektory – P.G.]															

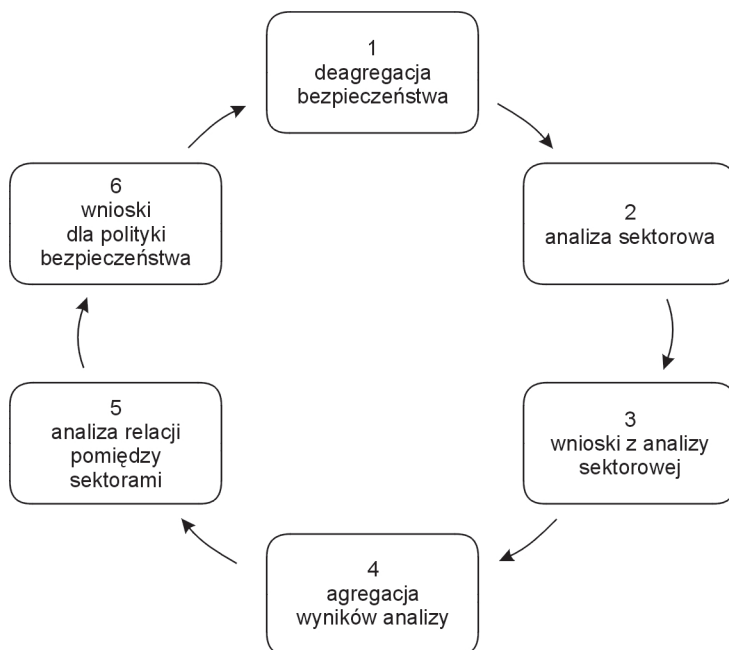
ŹRÓDŁO: *Biała Księga Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa, 2013, s. 19. <http://www.spbn.gov.pl/> [data dostępu: 15.02.2017].

⁵⁰ Zob. R. PARIS: „*Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?*”. „*International Security*” 2001, vol. 26, no. 2, s. 87. http://live.belfercenter.org/publication/394/human_security.html [data dostępu: 15.02.2017].

Procedurę wydzielenia sektorów stosuje się więc w celach analitycznych, tak aby rozpoznać i zrozumieć wiele różnorodnych zjawisk zachodzących w sferze bezpieczeństwa, które deagreguje się na sektory eksploracyjne dzięki wyróżnieniu dających się wyodrębnić form interakcji, swoistych dla poszczególnych sektorów (schemat 6).

SCHEMAT 6

Procedura analizy sektorowej bezpieczeństwa



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: B. BUZAN, O. WÆVER, J. DE WILDE: *Security...*, s. 7–8.

Zasadność selekcji sektorów bezpieczeństwa opiera się na zminimalizowaniu złożoności problematyki bezpieczeństwa wyrażającym się zmniejszeniem liczby zmiennych. Deagregacja wynika także z konieczności stosowania odmiennych metod badawczych, charakterystycznych dla poszczególnych dziedzin nauki. Stanowi to bowiem następstwo interdyscyplinarności bezpieczeństwa, które obejmuje nie tylko tradycyjne dziedziny, jak: nauki o bezpieczeństwie czy nauki o polityce i o polityce publicznej, lecz także nauki przyrodnicze. Przedmiotowa deagregacja bezpieczeństwa umożliwia więc przedstawienie systemu bezpieczeństwa definiowanego jako uporządkowany zbiór wzajemnie sprzężonych komponentów. Następnie, po dokonaniu selekcji identyfikowalnych oraz możliwych do wyodrębnienia charakterystycznych wzorców interakcji, wyróżnione zostają sektory analizy, które określa się mianem „rodzaje

bezpieczeństwa”, postrzegane są one bowiem w odniesieniu do dziedzin, które odgrywają istotną rolę w jego zagwarantowaniu.

Zakres oraz treść dokonywanej w poszczególnych sektorach analizy nie są jednorodne i podlegają zróżnicowaniu w zależności na przykład od poziomu analizy bezpieczeństwa czy kategorii podmiotu bezpieczeństwa, bądź też jego uwarunkowań. Zasadniczy wymóg w procesie tworzenia sektorów analizy bezpieczeństwa stanowią ich przedmiotowa spójność oraz kompletność – analiza w każdym z sektorów obejmować powinna całokształt problematyki bezpieczeństwa, ujmowanej z perspektywy badawczej jednego obszaru sektorowego. Podkreślić należy, że rozpoznanych wzorców sektorowych nie cechuje niezależność w tym znaczeniu, iż pozostają w powiązaniu z innymi sektorami. Z tego faktu wynika, że przeprowadzoną analizę w obszarze ustalonych sektorów powinno charakteryzować syntetyczne podsumowanie wyników analizy sektorowej, które następnie pozwoli sformułować wnioski dla polityki bezpieczeństwa państwa.

Bezpieczeństwo i jego uwarunkowania określa dynamizm, z tego też względu cykl analizy sektorowej bezpieczeństwa cechuje sekwencyjność, która wymaga ciągłego uwzględniania nowych zmiennych.

Analizując zagadnienie sektorów bezpieczeństwa we współczesnych dziedzinach nauki, Edward Przewodzki zauważył, że najczęściej przytaczają się konteksty: militarny, ekonomiczny, ekologiczny i polityczny bezpieczeństwa, natomiast rzadziej podkreśla się perspektywy: społeczną, ideologiczną, naukowo-techniczną oraz kulturalną, incydentalnie zaś wymienia się: bezpieczeństwo zdrowotne, kulturowe, technologiczne, demograficzne i humanitarne⁵¹. Ustalony uprzednio zakres rozważań wymaga, aby skupić uwagę na bezpieczeństwie zdrowotnym – kategorii, której rozumienie nie zostało dotychczas jednoznacznie zdefiniowane.

Marian Cieślarczyk, ujmując bezpieczeństwo według kryterium przedmiotowego, wyliczył pośród wielu między innymi bezpieczeństwo zdrowotne⁵², ale nie przybliżył jego zakresu ani istoty. Kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego została jednakże odniesiona do innych sektorów bezpieczeństwa w ramach tak zwanej piramidy bezpieczeństwa (schemat 7).

Podobny zabieg zastosował Gareth Evans, wymieniając następujące rodzaje bezpieczeństwa: militarne, ekonomiczne, polityczne, społeczne, zdrowotne i ekologiczne, nie dokonując jednak ich głębszej analizy⁵³.

⁵¹ Zob. E. PRZEWODZKI: *Bezpieczeństwo militarne państwa – analiza podstawowych pojęć i treści*. Warszawa, Wydawnictwo Adam Marszałek, 1997, s. 12.

⁵² Zob. M. CIEŚLARCZYK: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy...*, s. 150.

⁵³ Zob. G. EVANS: *Współpraca dla pokoju. Agenda globalna na lata dziewięćdziesiąte i następne*. Warszawa, Polski Instytut Spraw Międzynarodowych, 1994, s. 6.

Piramida bezpieczeństwa w ujęciu Mariana Cieślarczyka



ŹRÓDŁO: M. CIEŚLARCZYK: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy...*, s. 151.

Pomimo więc posługiwania się kategorią bezpieczeństwa zdrowotnego jego definicja oraz zakres nie zostały należycie przedstawione. Fakt ten powoduje powstanie luki badawczej, a jednocześnie skłania do pogłębionych badań nad tym zagadnieniem.

Pojęciem bezpieczeństwa zdrowotnego posłużył się również Jacek Ruszkowski w ekspertyzie poświęconej w istocie zagadnieniom organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. W dokumencie tym podniósł między innymi problemy związane z posługiwaniem się kategorią bezpieczeństwa zdrowotnego przez polityków czy media bez wskazania, jak pojęcie to interpretują. Jacek Ruszkowski podkreślił, że „brak bezpieczeństwa zdrowotnego odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby. Pełną redukcję tego uczucia możemy traktować jako osiągnięcie swego rodzaju dobrostanu – poczucia pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego”⁵⁴.

Zaakcentować należy także aktywność w badaniach nad bezpieczeństwem zdrowotnym powołanej w 1948 roku wyspecjalizowanej agencji Narodów Zjednoczonych – Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization), organu koordynującego w zakresie międzynarodowego zdrowia publicznego. W preambule konstytucji WHO z 1946

⁵⁴ J. RUSZKOWSKI: *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego. Ekspertyza finansowana ze środków projektu nr POPT.03.04.00-00-019/07 w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007–2013 wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego*. Warszawa 2010, s. 6. <https://www.mir.gov.pl/szukaj/Strony/Results.aspx?k=ruszkowski&s=> [data dostępu: 15.02.2017].

roku zawarto odniesienie do zdrowia i bezpieczeństwa, deklarując, że „zdrowie wszystkich ludów jest podstawą dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa”⁵⁵. Zastosowanie pojęcia „bezpieczeństwo” odnosi się jednakże w tym przypadku do kategorii bezpieczeństwa *sensu largo*. Sformułowanie „bezpieczeństwo zdrowotne” nie pada zatem wprost w Konstytucji WHO, niemniej potencjalna działalność tej organizacji mieści się w polu bezpieczeństwa zdrowotnego, co zostało potwierdzone na przykład w Rezolucji nr 54.14 Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 2001 roku zatytułowanej *Global health security: epidemic alert and response*⁵⁶, w której pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego przedstawiono w kontekście globalnej strategii na rzecz zapobiegania chorobom zakaźnym.

Podobne rozumienie bezpieczeństwa zdrowotnego, jednakże w kontekście zdrowia publicznego, zostało sformułowane w Światowym raporcie Zdrowia z 2007 roku zatytułowanym *The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21st century*. W Raporcie zdefiniowano pojęcie globalnego bezpieczeństwa w zakresie zdrowia publicznego jako „niezbędne działania, zarówno proaktywne (aktywne) i reaktywne (pasywne), aby zminimalizować podatność na ostre (*acute*) zdarzenia dotyczące zdrowia publicznego, które zagrażają zdrowiu zbiorowemu populacji w różnych regionach geograficznych i granicach międzynarodowych”⁵⁷.

Zaproponowane przez WHO rozumienie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego nie rozwiązuje jednak w pełni kwestii definicyjnych, zwłaszcza zakresu i kontekstu stosowania tego pojęcia. Pojawia się problem dotyczący zapewnienia szczególnego bezpieczeństwa zdrowotnego grupom narażonym na przykład na wykluczenie społeczno-ekonomiczne. Kontrowersje budzi również zakres bezpieczeństwa zdrowotnego w relacji do innych wartości w kontekście przyjętego systemu polityczno-społeczno-ekonomicznego.

Proces integrowania problemów zdrowotnych z kategorią bezpieczeństwa podkreślono również w analizowanym uprzednio Raporcie UNDP o Rozwoju Społecznym z 1994 roku, w dokumencie, w którym

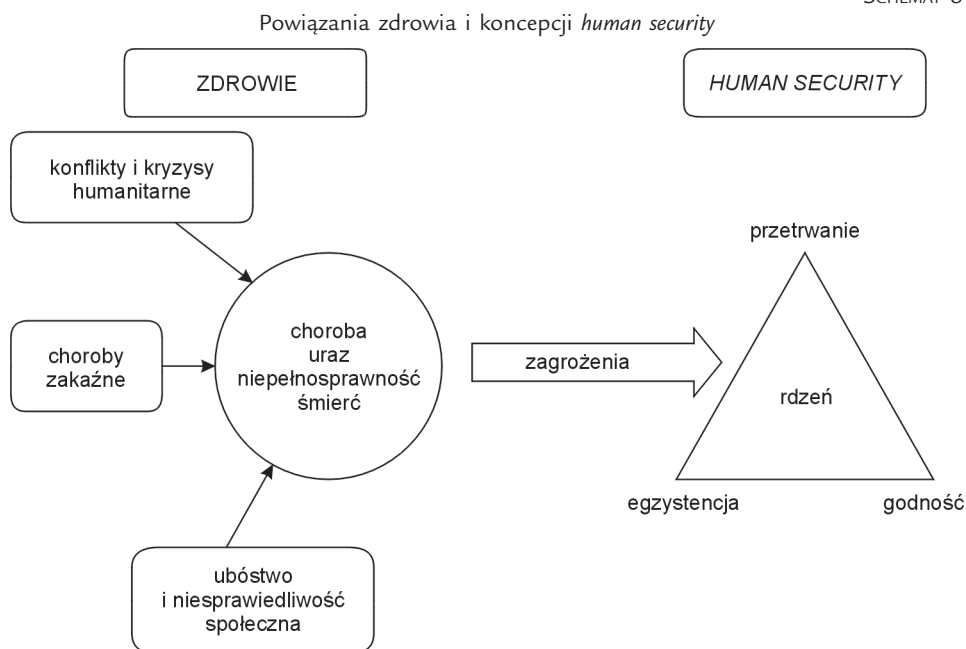
⁵⁵ Zob. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku. Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.

⁵⁶ FIFTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY: WHA54.14, *Global health security: epidemic alert and response*. apps.who.int/medicinedocs/documents/s16356e/s16356e.pdf [data dostępu: 15.02.2017].

⁵⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21st century*, s. IX. <http://www.who.int/whr/2007/en/> [data dostępu: 15.02.2017].

zidentyfikowano między innymi sektor bezpieczeństwa zdrowotnego w optyce koncepcji *human security*. Rozwój badań nad tą koncepcją doprowadził do opublikowania w 2003 roku przez Commission on Human Security raportu *Human Security Now*. Pośród zaleceń Komisji siódme dotyczyło zdrowia, obejmując nadanie priorytetu „powszechnemu dostępowi do podstawowej opieki zdrowotnej”⁵⁸. Bezpieczeństwo jednostki ludzkiej uznano za uzupełnienie stanu bezpieczeństwa, ale położono nacisk na prawa człowieka, w tym – na prawo do ochrony zdrowia (schemat 8).

SCHEMAT 8



ŹRÓDŁO: COMMISSION ON HUMAN SECURITY: *Human Security Now...*

Kategorię bezpieczeństwa zdrowotnego charakteryzuje więc brak ostrości połączony z niejednolitym stosowaniem tej koncepcji. Postuluje się zatem, aby bezpieczeństwo zdrowotne definiować jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, prawa, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla bene-

⁵⁸ COMMISSION ON HUMAN SECURITY: *Human Security Now*. New York 2003, s. 138. <http://www.un.org/humansecurity/content/human-security-now> [data dostępu: 15.02.2017].

ficjentów zasadach. Dostępność do systemu ochrony zdrowia jest więc czynnikiem implikującym poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

Centralnymi elementami warunkującymi bezpieczeństwo zdrowotne są zatem prawo do ochrony zdrowia, którego zasadniczym gwarantem są instytucje państwa, oraz dostęp do świadczeń na równych zasadach, dostępność bowiem implikuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, równa zaś i sprawiedliwa dostępność do świadczeń zdrowotnych stanowi podstawowe wyzwanie dla polityki zdrowotnej, a tym samym również dla bezpieczeństwa zdrowotnego.

Zdefiniowanie bezpieczeństwa zdrowotnego w przedstawionym wcześniej kontekście pozwala wyróżnić dwie płaszczyzny tej koncepcji:

- obiektywną, wyrażającą się w realizacji prawa do ochrony zdrowia w perspektywie dostępności do świadczeń zgodnie z zasadą równości;
- subiektywną, obejmującą spełnienie treści oczekiwań społecznych kierowanych do systemu – żądań zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, a także stopnia ich zaspokojenia, które przekładają się na subiektywne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Podejście pierwsze można zatem utożsamić z traktowaniem bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno jako stanu, jak i procesu. Na fakt dwoistej natury bezpieczeństwa zwrócił uwagę Janusz Stefanowicz, podkreślając, że jest ono „zarazem stanem i procesem, czyli da się określić *hic et nunc*, nie odznacza się jednak niezmiennością w dłuższych przedziałach czasu, ponieważ zależy od ruchomych układów sił”⁵⁹. Aspekty zdrowia w bezpieczeństwie definiowanym jako stan poruszył Dinesh Mohan, rozpatrując zagrożenia oraz okoliczności przyczyniające się do obrażeń natury fizycznej, psychicznej, psychologicznej lub materialnej, które kontrolowane są w celu zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia jednostek oraz całej populacji⁶⁰. W literaturze przedmiotu przeważa jednak stanowisko, które ujmuje kategorię bezpieczeństwa jako proces, ponieważ „bezpieczeństwo jest nie tyle określonym stanem rzeczy, ile ciągłym procesem społecznym, w ramach którego podmioty działające starają się doskonalić mechanizmy zapewniające im poczucie bezpieczeństwa”⁶¹. Bezpieczeństwa zdrowotnego nie charakteryzuje zatem stałość, podlega ono dynamice, którą warunkuje wiele współzależnych procesów.

⁵⁹ J. STEFANOWICZ: *Bezpieczeństwo współczesnych państw...*, s. 18.

⁶⁰ Za: L.F. KORZENIOWSKI: *Securitologia. Nauka o bezpieczeństwie człowieka i organizacji społecznych*. Kraków, EAS, 2008, s. 57.

⁶¹ J. KUKUŁKA: *Międzynarodowe stosunki polityczne*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1982, s. 31.

Bezpieczeństwo zdrowotne może się także odnosić do sfery emocjonalnej, zarówno jednostki, jak i całej populacji, a będąc subiektywnym stanem emocjonalnym, ulegać wskutek tego fluktuacji w miejscu i czasie. W zależności od przedmiotu oraz poziomu analizy można zatem wyszczególnić personalne i społeczne, zbiorowe poczucie bezpieczeństwa. Należy także podkreślić jego związek z innymi odczuciami, jak na przykład z poczuciem bezpieczeństwa socjalnego.

W procesie kształtowania poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego istotną rolę odgrywają czynniki związane z szeroko rozumianą wiedzą o organizacji systemu ochrony zdrowia, z jego dostępnością, przyjaznością dla pacjentów, ograniczaniem barier, poczuciem równości beneficjentów, ze stabilnością reguł oraz z dbałością o jakość udzielanych świadczeń.

Podkreślić należy, że proces zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego oraz poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego stanowią dwa sprzężone zjawiska. Poziom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego nie jest jednak proporcjonalny do poziomu faktycznego bezpieczeństwa zdrowotnego, a fakt ten może wynikać choćby z tego, że poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego może nie opierać się na realnie zapewnionym bezpieczeństwie. Elementy subiektywne nie determinują wprawdzie rzeczywistego stanu bezpieczeństwa zdrowotnego, odgrywają jednakże zasadniczą rolę w jego kształtowaniu, a dokonana unifikacja scharakteryzowanych podejść pozwala na wypracowanie nastawienia badawczego, które cechuje podejście obiektywno-subiektywne, uwzględniające zarówno kwestie teoretyczne, jak i psychospołeczne.

Z przeprowadzonych rozważań wynika, że kategoria bezpieczeństwa zdrowotnego konceptualizowana jest w odniesieniu do głównych kategorii społecznych. Jednocześnie odpowiednim punktem wyjścia procesu dalszej analizy tego pojęcia jest właściwe umiejscowienie bezpieczeństwa zdrowotnego w ustalonych już podejściach badawczych. Zasadniczą trudnością bowiem okazuje się relacja do kategorii już wypracowanych w ramach zdrowia publicznego oraz polityki zdrowotnej – problem stanowić może niespójność w ich rozumieniu.

Wobec tego wyróżnić można dwa zasadnicze stanowiska dotyczące wskazanego obszaru problemowego. Podejście pierwsze, definiujące przedmiot bezpieczeństwa zdrowotnego tak, jak uczyniono w Raporcie UNDP z 1994 roku, skutkuje tym, że koncepcja ta jest zgodna z podstawowym nastawieniem do zdrowia publicznego, podkreślającym zaangażowanie „instytucji publicznych, mające na celu poprawę, promocję oraz ochronę zdrowia ludności, poprzez takie działania jak między innymi: analiza sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocja zdrowia, zapobieganie [chorobom – P.G.], zwalczanie chorób zakaźnych, ochrona

środowiska i nadzór sanitarny, działania przygotowawcze na wypadek nagłych sytuacji zdrowotnych”⁶² oraz ochrona grup szczególnie narażonych, takich jak kobiety w ciąży czy osoby wykluczone społecznie.

Rozumienie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego wymaga również odniesienia tej koncepcji do polityki zdrowotnej, rozpatrywanej zgodnie z propozycją W. Cezarego Włodarczyka, jako „dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń, odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym”⁶³. Wpływ polityki zdrowotnej polega zatem na założeniu o możliwości ingerowania w procesy modyfikowania stanu zdrowia. Fakt ten powoduje, że jej zakres ulega znacznemu rozszerzeniu, wyraźnie wykraczając poza tradycyjny obszar.

Koncepcja WHO opiera się na założeniu, że do podstawowych celów polityki zdrowotnej należy zaliczyć:

- zmniejszanie nierówności w zakresie ochrony zdrowia dzięki zapewnieniu dostępu do systemu ochrony zdrowia;
- umacnianie zdrowia, w efekcie zapobieganie chorobom, wypadkom, zagrożeniom;
- zapewnienie organizacji procesów leczenia w sposób, który umożliwi korzystanie z profesjonalnej pomocy oraz opieki zdrowotnej osobom potrzebującym, przy zapewnieniu poszanowania godności chorego⁶⁴.

Zasadniczym celem tak zdefiniowanej polityki zdrowotnej stało się zatem zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, pojmowanego jako proces minimalizowania i eliminowania zagrożeń zdrowotnych oraz ich skutków powodujących utratę poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Ścisły związek polityki zdrowotnej z bezpieczeństwem zdrowotnym podkreśla również Zbigniew Woźniak: „[...] polityka zdrowotna jest aktywną w formach ochroną zdrowia jednostek i populacji oraz tworzeniem podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego we współpracy ze wszystkimi podmiotami operującymi w obszarach odpowiedzialnych pośrednio i bezpośrednio za zdrowotne warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenie usług zaspokajających potrzeby zdrowotne”⁶⁵.

⁶² WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Health Systems Strengthening Glossary: Public Health*. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#17 [data dostępu: 15.02.2017].

⁶³ W.C. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź–Kra-ków–Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 1996, s. 37.

⁶⁴ J. ORCZYK: *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*. Poznań, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, 2008, s. 145.

⁶⁵ Z. WOŹNIAK: *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, z. 1, s. 180.

Bezpieczeństwo zdrowotne może jednakże zostać zdefiniowane wyłącznie jako ochrona ludności przed zagrożeniami zewnętrznymi, wynikającymi z takich zjawisk, jak na przykład bioterroryzm. Wówczas koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego zostaje oddzielona od pojęcia zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej, pozostając w domenie polityki bezpieczeństwa międzynarodowego. Interpretowanie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego w tym ujęciu prowadzi do sprzeczności uniemożliwiającej wypracowanie jednolitych ram teoretycznych oraz operacyjnych tej koncepcji.

W podsumowaniu dotychczasowych rozważań należy podkreślić, że status koncepcji bezpieczeństwa zdrowotnego, jako jednego z sektorów bezpieczeństwa wewnętrznego, ciągle jeszcze nie został jednoznacznie określony. Zaznaczyć należy, że pojęcie to wyraźnie wywodzi się z koncepcji „wolności od strachu i nędzy”, która posłużyła jako fundament idei *human security* – bezpieczeństwa człowieka, które wyraża się zapewnieniem między innymi właśnie bezpieczeństwa zdrowotnego. Zakres tegoż bezpieczeństwa zawiera się natomiast w postulatcie ścisłego związku bezpieczeństwa zdrowotnego z prawem do ochrony zdrowia, a w rezultacie także – z dostępnością do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach.

Znaczenie bezpieczeństwa zdrowotnego, jako istotnego elementu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa, bezspornie wzrasta. Określić można także dokładnie instytucje oraz regulacje prawne, które kreują subsystem bezpieczeństwa zdrowotnego. Bezpieczeństwo zdrowotne stało się zatem nową, odrębną kategorią teoretyczną, która wszakże nadal wymaga bliższego sprecyzowania, dotyczącego zwłaszcza wartości poznawczych tejże kategorii.

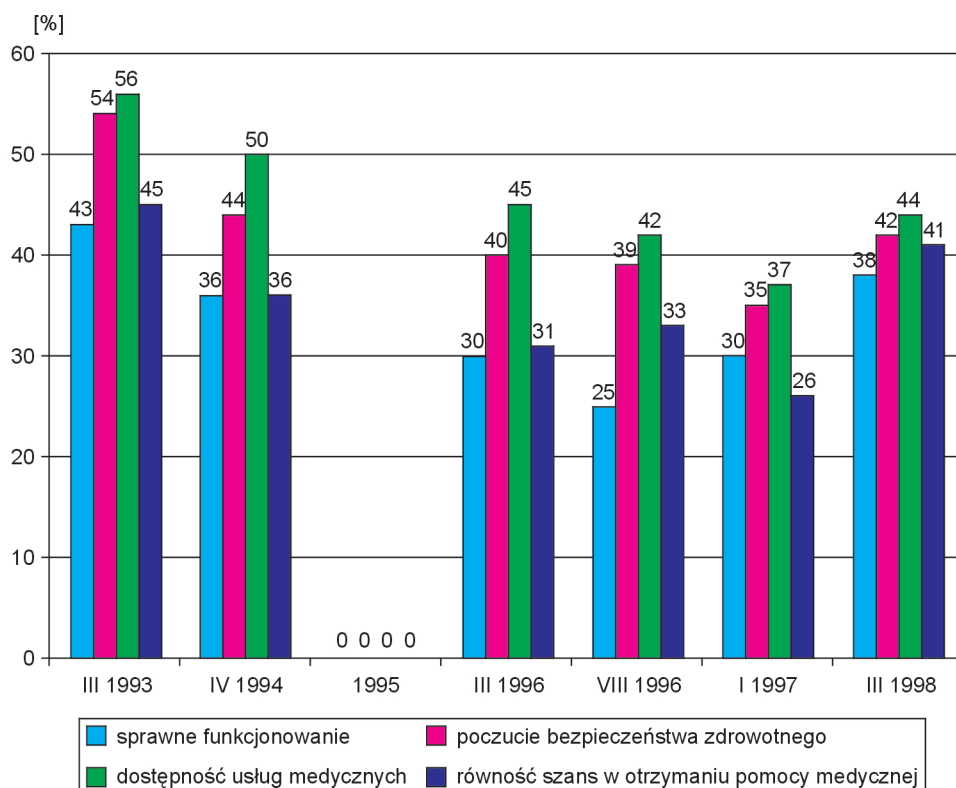
ROZDZIAŁ DRUGI

Zakres przedmiotowy bezpieczeństwa zdrowotnego

Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego obecne jest w polskim dyskursie publicznym od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Problemy wynikające z ówczesnych zmian systemowych w zakresie organizacji ochrony zdrowia oraz sposobu jej finansowania budziły poważne społeczne kontrowersje (wykres 1).

Wyraźnie zarysowana w latach 1993–1997 tendencja spadkowa w zakresie pozytywnych ocen funkcjonowania systemu ochrony zdrowia dotyczyła wszystkich analizowanych sfer. Nieznacznie polepszające się opinie w roku 1998 wynikać mogły ze zbliżających się fundamentalnych przemian w ochronie zdrowia, których celem było między innymi zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego. Pomimo złożonych publicznych gwarancji podjętym działaniom nie towarzyszyła pogłębiona analiza złożoności procesów, które przede wszystkim miały przywrócić zachwiane bezpieczeństwo.

W pierwszych latach zmian zdecydowanie zarysowały się negatywne opinie o reformie służby zdrowia, zamiast bowiem podnoszenia zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego odnotowano wzrastający wskaźnik obaw związanych z reformą oraz z jej skutkami. Działania reformatorów budziły raczej obawy niż nadzieje, co znalazło wyraz w niemalże 60% odpowiedzi ankietowanych, a skutki reformy niezmienne oceniano negatywnie (wykres 2).



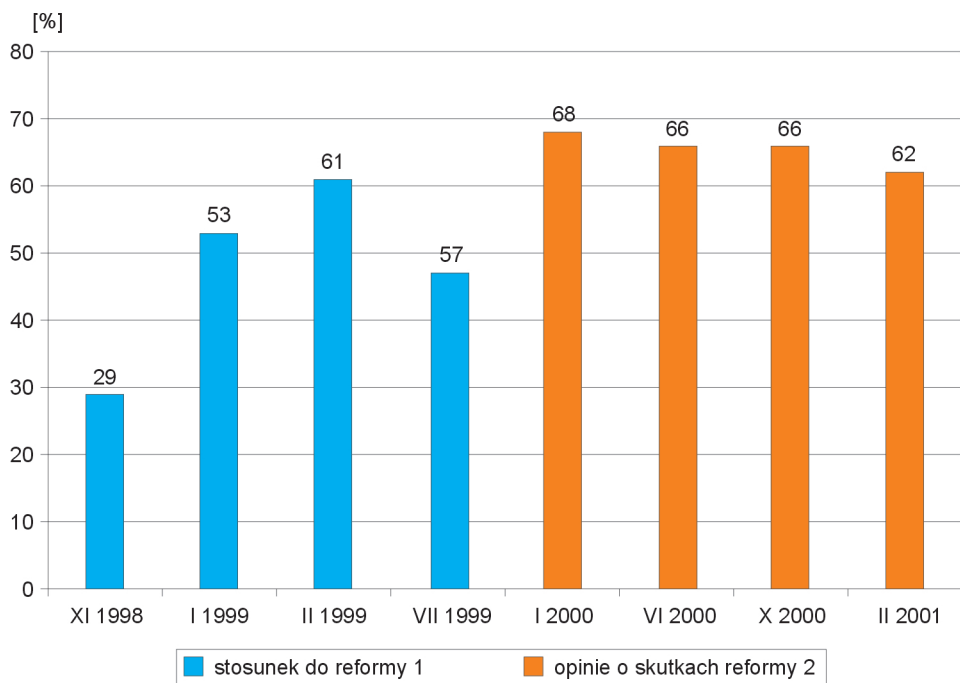
WYKRES 1. Opinie o funkcjonowaniu państwowej służby zdrowia w latach 1993–1998 (w %)

OBJAŚNIENIA:

W latach 1993–1994 odsetek odpowiedzi twierdzących udzielonych na pytanie o opinię o państwowej służbie zdrowia.

W latach 1996–1998 odsetek skumulowanych odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, udzielonych na pytanie o opinię dotyczącą funkcjonowania państwowej służby zdrowia.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: *Państwowa i prywatna służba zdrowia. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, kwiecień 1993, s. 4; *Czy potrzebne są zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, sierpień 1994, s. 2; *Służba zdrowia w ocenach społeczeństwa. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, wrzesień 1996, s. 4; *Funkcjonowanie służby zdrowia. Konflikt rząd – lekarze*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 1997, s. 2; *Ocena funkcjonowania państwowej i prywatnej służby zdrowia. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, kwiecień 1998, s. 3.



WYKRES 2. Opinie o reformie służby zdrowia oraz jej skutkach w latach 1998–2001 (w %)

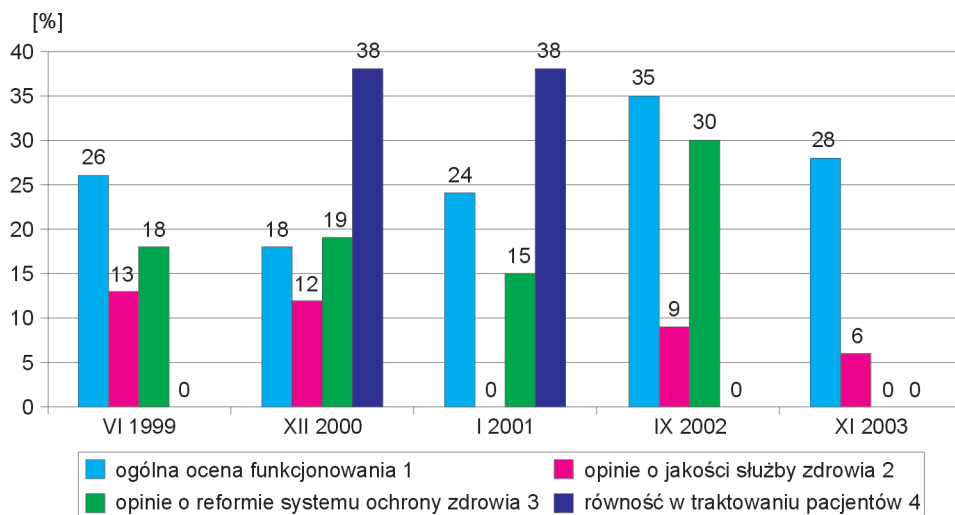
OBJAŚNIENIA:

Odpowiedź „budzi raczej obawy niż nadzieje” udzielona na pytanie o opinie odnośnie do reformy służby zdrowia dla lat 1998–1999 (1).

Skumulowane odpowiedzi „znacznie gorzej” i „trochę gorzej”, udzielone na pytanie o funkcjonowanie opieki zdrowotnej w kontekście wprowadzonej reformy systemu ochrony zdrowia dotyczące lat 2000–2001 (2).

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: *Stosunek do reform systemowych. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, grudzień 1998, s. 11; *Stosunek do reformy służby zdrowia. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 1999, s. 2; *Opinie o opiece zdrowotnej po wprowadzeniu reformy. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, lipiec 1999, s. 1; *Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 2000, s. 3; *Ocena funkcjonowania reformy opieki zdrowotnej. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, czerwiec 2000, s. 3; *Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 2001, s. 6.

Ogólna ocena systemu ochrony zdrowia, włącznie z poziomem jakości świadczeń oraz usług medycznych, pozostawała także na niskim poziomie, a fakt ten przekładał się na niskie poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli (wykres 3). Należy również zaznaczyć, że w wyniku zamian metodologicznych w zakresie badań opinii społecznej w sferze systemu ochrony zdrowia miejsce dotąd badanego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego zajęły inne kategorie, jak na przykład jakość świadczeń czy ich dostępność, przy zachowaniu zasady równości szans. Można uznać, że wskazane terminy do pewnego stopnia wyrażają zakres bezpieczeństwa zdrowotnego.



WYKRES 3. Opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia w latach 1999–2003 (w %)

OBJAŚNIENIA:

Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”, udzielone na pytanie o ogólną ocenę funkcjonowania publicznej służby zdrowia dotyczące lat 1999–2003 (1).

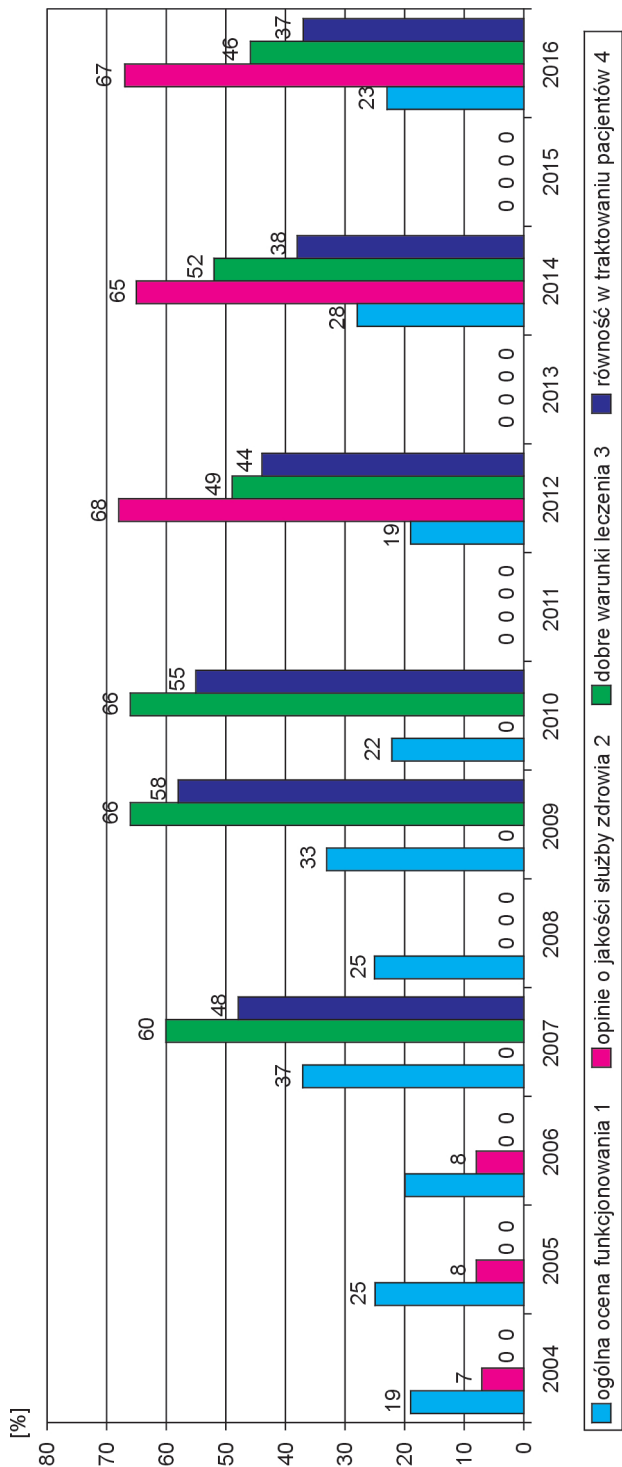
Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie lepsze” i „raczej lepsze”, udzielone na pytanie o jakość świadczeń i usług medycznych po reformie dotyczące lat 1999–2000; skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie się poprawiła” i „raczej się poprawiła”, udzielone na pytanie o poprawę jakości opieki zdrowotnej dotyczące lat 2002–2003 (2).

Odpowiedź „jest korzystna” na pytanie o wprowadzenie reformy systemu ochrony zdrowia z 1999 roku dotyczące lat 1999–2001; odpowiedź „usprawni funkcjonowanie służby zdrowia” na pytanie o likwidację kas chorych dotyczące 2002 roku (3).

Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, udzielone na pytanie o opinie dotyczące porad i świadczeń medycznych w latach 2000–2001 (4).

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: *Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, luty 2001, s. 8; *Zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, marzec 2002, s. 2; *Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, styczeń 2004, s. 4; *Opinie o opiece zdrowotnej po uchwaleniu nowej ustawy. Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, październik 2004, s. 2.

Ponowne zmiany wprowadzane w systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza reforma rządu Leszka Millera (pełniącego funkcję premiera w okresie od 19.10.2001 do 2.05.2004), powołująca w miejsce dotychczasowych kas chorych Narodowy Fundusz Zdrowia, nie spowodowały poprawy ogólnej oceny działania służby zdrowia, która niezmiennie pozostaje na niskim poziomie. Stan ten wynikał jednakże w znacznym zakresie z deficytu środków finansowych w sferze ochrony zdrowia oraz z problemów związanych ze sposobem kontraktowania świadczeń medycznych. Obserwowany już od 2012 roku wzrost poziomu jakości służby zdrowia, udzielanych świadczeń oraz poprawa warunków leczenia (od 2007 roku) mogą świadczyć, że kryzys systemu ochrony zdrowia nie obejmuje wszystkich jego sfer (wykres 4).



WYKRES 4. Opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia w latach 2004–2014 (w %)

OBJAŚNIENIA:

Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie zadowolony” i „raczej zadowolony”, udzielone na pytanie o funkcjonowanie opieki zdrowotnej (1).

Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie się poprawiła” i „raczej się poprawiła”, udzielone na pytanie o poprawę jakości opieki zdrowotnej w latach 2004–2006; skumulowane odpowiedzi „w pełni pozytywna” i „raczej pozytywna”, udzielone na pytanie o jakość leczenia (kompetencje lekarzy, stosunek do pacjentów) w latach 2010, 2012, 2014, 2016 (2).

Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, udzielone na pytanie o opinie dotyczące porad i świadczeń medycznych w latach 2007, 2009, 2010, 2012, 2014, 2016 (3).

Skumulowane odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”, udzielone na pytanie o opinie dotyczące porad i świadczeń medycznych w latach 2007, 2009, 2010, 2012, 2014, 2016 (4).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Polacy, Cześć, Słowacy i Węgrzy o opiece zdrowotnej w swoich krajach. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, styczeń 2006, s. 2; Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, październik 2006, s. 2; Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej, sierpień 2016, s. 2, 6.

Tematyka bezpieczeństwa zdrowotnego powróciła do dyskursu politycznego wskutek inicjatywy szefa Biura Bezpieczeństwa Narodowego Aleksandra Szczygły, który w listopadzie 2009 roku zwrócił się do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do ministra zdrowia z zapytaniem o dostęp do informacji o poziomie finansowania świadczeń zdrowotnych w latach 2009–2010, a także ich wpływu na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Otrzymane przez BBN rozbieżne informacje uznane zostały za niewystarczające, a szef BBN nakazał dokonanie bezpośredniego pozyskania niezależnych informacji w publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej za pośrednictwem kwestionariusza wywiadu, którego wypełnienie uznano za obligatoryjne¹. Inicjatywa BBN-u odebrana została jako ingerencja w kompetencje ministerstwa zdrowia i spowodowała otwarcie kolejnej płaszczyzny konfliktu w relacjach między prezydentem Rzeczypospolitej Polskiej a koalicją rządową.

Deklaratywność kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego oraz jej silny polityczny kontekst spowodowały, że analiza tego pojęcia cechowała się dotychczas raczej ostrożnością i dystansem niż pogłębioną refleksją w kręgach naukowych. Rezultatem tego stanu jest fakt funkcjonowania w wymiarze werbalnym pojęcia, którego desygnat nie został sprecyzowany. Innym, równie istotnym zagadnieniem badawczym stały się kategorie warunkujące obszar bezpieczeństwa zdrowotnego – prawo do ochrony zdrowia oraz równość dostępu do świadczeń.

Prawo do ochrony zdrowia zabezpiecza jedno z zasadniczych dóbr każdego człowieka – zdrowie. Z tego też powodu problematyka szeroko definiowanego zdrowia cechuje się subiektywną interpretacją, której treść wypełniają głównie własne wyobrażenia na temat stanu organizmu określanego jako „zdrowie”, a także gwarancji ochrony tegoż zdrowia, z którą nierozłącznie związane są świadczenia zdrowotne. Oczekiwania stoją jednak często w sprzeczności z rzeczywistymi warunkami, jakie zapewnia system ochrony zdrowia. Zakres deklarowanej ochrony wynika bowiem z uwarunkowań prawnych, który ponadto ograniczają czynniki ekonomiczne.

Akty normatywne oraz praktyka działania Światowej Organizacji Zdrowia stanowią istotny fundament, na którym opiera się działania mające na celu zapewnienie społeczeństwu wysokiego kapitału zdrowotnego. Szczególną uwagę należy zwrócić na Konstytucję Światowej Organizacji Zdrowia zawierającą definicję zdrowia ujmowanego jako „stan

¹ Zob. BIURO BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO: *Bezpieczeństwo zdrowotne. BBN a ochrona zdrowia*. <http://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/bezpieczenstwo-zdrowot/2046,BBNaochronazdrowia.html> [data dostępu: 15.02.2017].

zupelnej pomyślności (*well-being*) fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności (niepełnosprawności)”². Zdrowie zaczęło być traktowane jako kategoria pozytywna, niezależna logicznie, a jedynie empirycznie od pojęcia choroby. Subiektywne poczucie stanu zdrowia wraz z przesłankami medycznymi stały się równoważnymi (a wielu wypadkach racje subiektywne – dominującymi) pojęciami służącymi ustaleniu stanu zdrowia, które odtąd stanowić miało wartość społeczną³.

Odniesienie do ochrony zdrowia zostało także zaakcentowane w art. 12 Międzynarodowego paktu praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych jako fundamentalne prawo człowieka „do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”⁴. Zdrowie zatem określane jest zarówno z perspektywy fizycznej, jak i mentalnej. Środkami umożliwiającymi realizację prawa do ochrony zdrowia są w szczególności:

- zmniejszenie współczynnika martwo urodzonych i śmiertelności niemowląt, a także gwarancja zdrowego rozwoju dziecka;
- poprawa stanu środowiska oraz higieny przemysłowej na wszystkich płaszczyznach;
- zapobieganie epidemiom, chorobom endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenie i zwalczanie;
- stworzenie warunków zapewniających pomoc i opiekę lekarską w przypadku choroby⁵.

Wysoki zakres ochrony zdrowia jednostek deklaruje także Unia Europejska – w artykule 35 Karty praw podstawowych UE uznaje, że każdy człowiek ma prawo dostępu do profilaktyki zdrowotnej oraz prawo do korzystania z usług medycznych (prawo do leczenia)⁶. Zapisy te charakteryzuje powściągliwość w konfrontacji z art. 168 Traktatu o Unii Europejskiej (TUE), w którym kwestii zdrowia poświęcono tytuł XIV – *Zdrowie publiczne*. Unia Europejska miała koncentrować działania na poprawie zdrowia publicznego, zapobieganiu chorobom oraz na eliminowaniu źródeł zagrożeń zdrowia w sferze fizycznej i psychicznej.

² Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku. Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.

³ Zob. K. ZAMORSKA: *Prawa społeczne jako program przebudowy polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2010, s. 188.

⁴ Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku. Dz.U. 1977, nr 38, poz. 169.

⁵ Zob. *ibidem*.

⁶ Zob. Karta praw podstawowych Unii Europejskiej. Dz.Urz. UE 2007, C 303.

Istotnym aspektem działań było również zwalczanie epidemii oraz promocja zdrowia, zwłaszcza informacji i edukacji zdrowotnej⁷.

Zdrowie stanowi zatem jedną z wartości podlegającą ochronie na poziomie praw człowieka, a specyfikę tejże ochrony należy odnieść do następujących cech tych praw:

- powszechności oznaczającej uniwersalność praw człowieka oraz nie-
możność wykluczenia kogokolwiek z ich zakresu;
- przyrodzonej ich natury, każda bowiem jednostka ludzka z chwilą
urodzenia zostaje podmiotem tych praw;
- bezwarunkowej niezbywalności – niemożności zrzeczenia się ich
w żadnym wypadku i bez wyjątku;
- nienaruszalności stanowiącej rezultat istnienia ich niezależnie od woli
władzy oraz niepodlegania jej z wszelkimi tego konsekwencjami, mię-
dzy innymi niemożności zmiany zakresu;
- naturalnego charakteru praw, czyli istnienia praw niezależnie od woli
władzy czy jednostki;
- niepodzielności, gdyż prawa człowieka stanowią spójną, integralną
oraz współzależną strukturę⁸.

Rozwiązania dotyczące prawa do ochrony zdrowia zostały również uwzględnione w systemie prawa na poziomie krajowym. Kategoria prawa do ochrony zdrowia, podobnie jak pozostałe prawa socjalne, znajduje unormowanie konstytucyjne, co wynika z określenia aspektów państwa w ustawie zasadniczej, zwłaszcza jeśli pośród zasad konstytucyjnych znajduje się zasada sprawiedliwości społecznej, której implikacje niosą konsekwencje zarówno w sferze socjalnej aktywności państwa, jak i obywatelskich praw socjalnych.

Podstawowe zatem znaczenie dla prowadzenia dalszych rozważań obejmujących prawo do ochrony zdrowia ma art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁹ – umiejscowiony w rozdziale II, normującym prawa i wolności człowieka i obywatela w części dotyczącej praw ekonomicznych, socjalnych oraz kulturalnych.

Materia art. 68 ust. 1 Konstytucji stanowi, że „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Kolejne ustępy wprowadzają natomiast obowiązki wobec władzy publicznej, których realizacja ma urzeczywistnić korzystanie z prawa do ochrony zdrowia w praktyce. Zobowiązania państwa obejmują zatem obowiązki:

⁷ Zob. wersja skonsolidowana Traktatu o Unii Europejskiej. Dz.Urz. UE 2010, C 83.

⁸ Zob. A. MOKRZYCKA: *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014, s. 31–32.

⁹ Zob. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, z późn. zm.

- zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niezależnie od ich sytuacji materialnej (art. 68 ust. 2);
- zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku (art. 68 ust. 3);
- zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (art. 68 ust. 4);
- popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (art. 68 ust. 5).

Uznanie prawa do ochrony zdrowia za prawo socjalne znalazło więc potwierdzenie w ust. 2–5 art. 68 Konstytucji. Zawarte tam normy tworzą system gwarancji uzyskania przez jednostkę świadczeń socjalnych w postaci: usług medycznych, opieki nad osobami niepełnosprawnymi, dziećmi, kobietami ciężarnymi oraz osobami w wieku podeszłym. Szczególnie wyróżnionymi działaniami zmierzającymi do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa stały się: zwalczanie chorób epidemicznych, przeciwdziałanie negatywnym skutkom degradacji środowiska oraz popieranie rozwoju kultury fizycznej. Należy jednak zaznaczyć, przepisy art. 68 ust. 2–5 cechuje instrumentalny charakter oraz niejako wtórne wobec art. 68 ust. 1 obowiązki jak najpełniejsze go zapewnienia ochrony zdrowia ludzkiego¹⁰. Ukształtowany prawny system gwarancji ochrony zdrowia stanowi także wyraz urzeczywistnienia idei państwa socjalnego, zapisana bowiem w art. 2 Konstytucji zasada sprawiedliwości społecznej umożliwia organom państwa ingerowanie w życie społeczne obywateli w celu stworzenia społeczeństwa równych szans dla wszystkich obywateli¹¹, czyli niwelowania uprzywilejowywania jednych grup kosztem innych. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jednostce za pośrednictwem ograniczenia lub nawet wyeliminowania potencjalnych zagrożeń zdrowia wyznacza zatem podstawowy cel tychże regulacji.

Istotą prawa do ochrony zdrowia nie jest jednak wyłącznie umożliwienie korzystania z systemu ochrony zdrowia. Artykuł 68 ust. 1 stanowi, że „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, adresatem tegoż prawa jest więc każda jednostka ludzka. Zdrowie uznano bowiem za wartość o szczególnym znaczeniu dla rozwoju społeczeństwa, z tej przyczyny do scharakteryzowania zakresu podmiotów, którym zostają przyzna-

¹⁰ Zob. M. PIECHOTA: *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*. „Roczniki Administracji i Prawa” 2012, nr 12, s. 96.

¹¹ Zob. P. SARNECKI: *Ogólna charakterystyka państwowości w Konstytucji RP*. W: *Prawo konstytucyjne RP*. Red. P. SARNECKI. Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck, 2005, s. 76.

ne prawa osobiste, używa się właśnie określenia „każdy”¹². Prawo to przysługuje zatem bez żadnych wyłączeń podmiotowych i odnosi się do wszystkich osób pozostających pod władzą RP¹³. Analogiczną wykładnię prawa do ochrony zdrowia, jako przyrodzonego prawa każdego człowieka, przedstawiła Światowa Organizacja Zdrowia w Preambule do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z dnia 29 grudnia 1946 roku, podkreślając, że „korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych”¹⁴.

Ogólny zwrot, jakim posługuje się Konstytucja w art. 68 ust. 1, wymaga jednak dogłębnej analizy, ponieważ problemy wynikające z takiej konstrukcji mają wpływ na rozumienie prawa do ochrony zdrowia. Zdefiniowanie adresata przepisu, czyli każdej jednostki ludzkiej, w wyraźny sposób zakazuje dokonywania rozróżnienia zakresu ochrony ze względu na przesłankę obywatelstwa, powodując sprzeczność związaną z naturą praw socjalnych, jako praw służących zapewnieniu odpowiednich warunków socjalnych w pierwszej kolejności wszystkim obywatelom.

Dokonanie analizy prawa do ochrony zdrowia z perspektywy dobra podlegającego ochronie ujawnia kolejny problem wyrażający się w trudnościach ograniczenia obowiązku zapewnienia przez organy państwa ochrony zdrowia jedynie do obywateli. Zdrowie jest bowiem wartością przynależną każdej jednostce ludzkiej, dobrem mocno związanym z innym dobrem o podstawowym znaczeniu dla każdego człowieka – z życiem.

Konstytucja w art. 68 ust. 1 nie reguluje również zagadnienia, który podmiot, organ państwa zobowiązany jest do zorganizowania systemu ochrony zdrowia, ani tego, w jaki sposób ma być finansowany – odmiennie do art. 68 ust. 2, wyliczającego powinności władzy publicznej, których realizacja przybliżyć powinna założenia prawa do ochrony zdrowia. W świetle art. 68 ust. 2, ustanawiającego gwarancję uzyskania świadczeń z systemu ochrony zdrowia, uprawniona jest do nich już tylko jednostka spełniająca kryterium bycia obywatelem. Prawa socjalne, ze względu na swoją naturę, stanowią wyraz troski państwa o własnych obywateli, dlatego właśnie sformułowane gwarancje obejmują przede wszystkim obywateli, a w pewnych sytuacjach – tylko obywateli. Po-

¹² P. SARNECKI: *Komentarz do praw i wolności osobistych*. W: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. T. 3. Red. L. GARLICKI. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 2002, s. 1.

¹³ Zob. M. THORZ: *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji RP z 1997 roku*. W: *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*. Red. M. URBANIEC, P. STEC. Częstochowa, Wydawnictwo Akademii Polonijnej „Educator”, 2010, s. 29.

¹⁴ Preambuła. W: *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia...*

twierdzenie tego stanu można odnaleźć również w innych regulacjach odnoszących się do konstytucyjnych praw socjalnych. Na przykład art. 67 Konstytucji, ustanawiając prawo do zabezpieczenia społecznego, wskazuje kategorię obywateli jako podmiotów uprawnionych. Kolejny przykład stanowi art. 75 Konstytucji nakładający na władze publiczne obowiązek prowadzenia takiej polityki mieszkaniowej, która umożliwi zaspokojenie potrzeb obywateli w tej materii. Tworzenie gwarancji otrzymania określonych świadczeń przez obywateli w postaci nałożenia na władze publiczne obowiązku prowadzenia określonych działań jest więc cechą charakterystyczną wielu praw socjalnych.

Konstytucja stosuje zatem, w kontekście art. 68 ust. 1 i ust. 2, a także w zestawieniu z innymi zapewnionymi prawami socjalnymi, zróżnicowany krąg osób uprawnionych do korzystania z systemu ochrony zdrowia. Niemniej jednak regulacje zawarte w ust. 1 stanowią zarówno gwarancję możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia, jak i stworzenia systemu ochrony zdrowia jako wartości zajmującej wysoką pozycję w hierarchii wartości i dóbr, które podlegają ochronie prawnej¹⁵.

Prawo do ochrony zdrowia może być rozważane w perspektywie pozytywnej oraz negatywnej. Wymiar pozytywny prawa do ochrony zdrowia wyraża się w przyznanych uprawnieniach do domagania się pewnych działań w zakresie poprawy stanu zdrowia, ratowania zdrowia w sytuacji jego zagrożenia. Prawo do ochrony zdrowia stanowi zatem rodzaj prawa do świadczeń.

Wymiar negatywny obejmuje wysuwane postulaty zaniechania naruszeń zdrowia jako wartości podlegającej ochronie. Konkretyzacje treści ochrony zdrowia w postaci zobowiązań organów państwa zawarte są w ust. 2–5 art. 68 Konstytucji. Praktyczna ich realizacja ma umożliwić urzeczywistnienie prawa do ochrony zdrowia. Wskazane normy nie regulują jednak sposobu, w jaki jednostka może się domagać ochrony zdrowia, ponieważ możliwość domagania się realizacji uprawnień przyznanych prawami socjalnymi jest ograniczona i uzależniona od rozstrzygnięć politycznych, których jedynym kryterium staje się przesłanka ekonomiczna. Fakt ten przyczynia się do ograniczenia możliwości pełnego urzeczywistnienia praw socjalnych, a jedynym narzędziem jednostek pozostaje forma nacisku w postaci żądań podjęcia działań przez władze publiczne.

Analiza konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia pozwala wysunąć wniosek, że stanowi ono normę programową, która wiąże adresatów, w tym przypadku władze publiczne, wskazując pożądany cel, jakim jest

¹⁵ Zob. B. ZAWADZKA: *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 1996, s. 11.

ochrona zdrowia każdej osoby, lecz nie określa konkretnych narzędzi realizacji tychże celów. Sprecyzowane w normie programowej cele mają ponadto ciągły charakter, nie może dojść do ich zrealizowania, co zwalnia władze publiczne z działań w tym obszarze¹⁶.

Prawo do ochrony zdrowia, ujmowane jako norma programowa, określa cel polityki społecznej państwa, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego dzięki stworzeniu systemu ochrony zdrowia zapewniającego obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Istotnym problemem wynikającym z normy programowej nakazującej zagwarantowanie każdej jednostce prawa do ochrony zdrowia jest uzależnienie jej realizacji od stanu finansów państwa.

Prawo do ochrony zdrowia zestawiane może być również z prawem do zdrowia. Zabieg ten pozwala jedynie na przedstawienie kwestii ochrony zdrowia w nieco inny sposób. Prawo do ochrony zdrowia akcentuje obowiązek władz publicznych, jakim jest podejmowanie działań mających na celu zapewnienie instytucjonalnych gwarancji ochrony zdrowia każdego człowieka. Prawo do zdrowia stanowi natomiast rodzaj prawa jednostki do korzystania z potencjalnie najlepszego stanu zdrowia. Ochrona zdrowia zostaje wówczas wywiedziona z prawa do zdrowia, gdyż jednostka, mając zagwarantowane prawo do korzystania ze zdrowia, musi mieć również zapewniony system jego ochrony, swoiste instrumenty, które umożliwią zarówno utrzymanie stanu zdrowia, jak i jego ponowne osiągnięcie po przebyciu choroby¹⁷. Następczy charakter systemu ochrony zdrowia w systemie gwarancji prawa do zdrowia wynika zatem z przyznania prawa do korzystania z szerokiego zakresu zdrowia jako prawa należnego każdej jednostce. Prawo do ochrony zdrowia reguluje wskazaną materię odmiennie, podkreślając leżący po stronie organów państwa obowiązek zapewnienia ochrony zdrowia.

Odmienne perspektywy podejścia do obowiązku ochrony zdrowia eksponują różne motywy, którymi kierują się w działaniach władze publiczne. Prawo do ochrony zdrowia akcentuje znaczenie władz publicznych w zapewnieniu ochrony zdrowia. Natomiast prawo do zdrowia kieruje uwagę na pojmowanie zdrowia jako wartości podstawowej dla każdego człowieka. Zróżnicowane podejście do kwestii zdrowia i jego ochrony nie prowadzi jednak do ograniczenia obowiązku ochrony zdrowia – zarówno prawo do ochrony zdrowia, jak i prawo do zdro-

¹⁶ Zob. P. SARNECKI: *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*. W: *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*. Red. L. GARLICKI, A. SZMYT. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 2003, s. 252.

¹⁷ Zob. Ch. BYK: *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*. „Państwo i Prawo” 2000, z. 9, s. 26.

wia stanowią gwarancję ochrony zdrowia przed faktycznymi, a także potencjalnymi zagrożeniami.

Konstytucja, zapewniając jednostce prawo do ochrony zdrowia, nie gwarantuje jednakże „prawa do bycia zdrowym”¹⁸, Trybunał Konstytucyjny bowiem uznał, że „konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia [...] nie może być rozumiane jako całkowite zdjęcie z obywateli troski o ochronę zdrowia, zwolnienie ich z przezorności, zapobiegliwości i oszczędności oraz przeniesienie na państwo całego ryzyka niekorzystnych dla obywateli zdarzeń. Wysiłek państwa może się koncentrować [...] przede wszystkim na zapobieganiu, a jeżeli już się zdarzą, to na rekompensowaniu skutków takich zdarzeń, które są na tyle dotkliwe dla obywatela, że zawodna okazała się jego własna przezorność i zapobiegliwość”¹⁹.

Systemowi ochrony zdrowia, znajdującemu konstytucyjne oparcie w prawie do ochrony zdrowia, kształt nadają, według tezy postawionej przez Jana Jończyka, trzy zasady: zdrowia publicznego, ubezpieczenia zdrowotnego oraz zaopatrzenia zdrowotnego. Proporcja zastosowanych zasad determinuje zakres ochrony zdrowia²⁰.

Zasada zdrowia publicznego (*public health*) nie ma jednolitego znaczenia. Należy bowiem dokonać rozróżnienia między zdrowiem jednostki i zdrowotnością społeczeństwa (danej populacji), ponieważ w pojęciu ochrony zdrowia zawierają się także kategorie dotyczące zdrowotności populacji, stanowiąc tym samym przedmiot zainteresowania władz publicznych. Pojęcie zdrowia publicznego cechują więc podejmowane przez organy państwa działania, które mogą obejmować zarówno organizację i zapewnienie dostępu do systemu ochrony zdrowia, jak i odnosić się do zapewnienia całościowego bezpieczeństwa zdrowotnego²¹. Zdrowie publiczne obejmuje zakresem działania ponadjednostkowe, nakierowane na te spośród determinant zdrowia, których sama jednostka nie jest w stanie modyfikować, na przykład stan środowiska, ubóstwo czy niewłaściwe zachowania zdrowotne związane ze środowiskiem zamieszkania²².

Istotne znaczenie w tym kontekście ma rozróżnienie pojęcia „zdrowie publiczne”, będącego normą prawną dotyczącą zdrowotności populacji,

¹⁸ Zob. R. TABASZEWSKI: *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*. Lublin, Wydawnictwo KUL, 2016.

¹⁹ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 listopada 1996 roku. Sygn. akt K 7/95.

²⁰ Zob. J. JOŃCZYK: *Zasady i modele ochrony zdrowia*. „Państwo i Prawo” 2010, z. 8, s. 3.

²¹ Zob. C.W. WŁODARCZYK, S. POŹDZIOCH: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*. T. 1. Red. A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, C.W. WŁODARCZYK. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 2000, s. 23–25.

²² Zob. *ibidem*, s. 24.

oraz pojęcia „zasady zdrowia publicznego”, stanowiącego w ochronie zdrowia człowieka wyraz szczególnego rodzaju wolności. Potwierdzają to zapisy Konstytucji dotyczące prawa do ochrony zdrowia, jednakże w odniesieniu do wolności i praw, a nie obowiązków.

Zasada zdrowia publicznego dotyczyć może również działań sytuowanych poza obszarem ochrony zdrowia w wąskim znaczeniu tej kategorii, obejmując przedsięwzięcia podnoszące świadomość zdrowotną społeczeństwa; na przykład wspomniany uprzednio art. 68 ust. 5 Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, wyznaczając tym samym jeden z kierunków polityki zdrowotnej.

Zasada zdrowia publicznego stanowi zatem niezbędny element systemów ochrony zdrowia, opierających się na zasadach ubezpieczenia zdrowotnego, zaopatrzenia zdrowotnego bądź na obu z nich w ramach systemu mieszanego.

Zasada ubezpieczenia zdrowotnego w systemie ochrony zdrowia zajmuje ważną pozycję, ponieważ ubezpieczenie zdrowotne ma być gwarancją zdrowia społecznego. Naczelną kategorię stanowi ryzyko choroby (uszczerbku na zdrowiu), które ma niebagatelne znaczenie dla gospodarstw domowych, wiąże się bowiem z „jakby podwójnym uszczupleniem [...] zasobów i koniecznością ich skompensowania, zarówno w sytuacji:

- uszczerbku na zdrowiu (pokrycie kosztów usługi medycznej), jak też
- przejściowej niemożności wykonywania pracy (pokrycie braku dochodów w okresie choroby)”²³.

Ryzyko choroby obejmuje zatem groźbę straty, jak również perspektywę rekompensaty poniesionej „szkody”, jednakże następuje to na warunkach sprecyzowanych w ubezpieczeniu. Ryzyko choroby stanowi w istocie kategorię społeczną oraz ekonomiczną – dzięki zasadzie solidarności umożliwia rozłożenie ciężaru ochrony na wszystkich uczestników wspólnoty ryzyka oraz obniża koszty indywidualnego ponoszenia skutków choroby²⁴.

Zasada ubezpieczenia zdrowotnego znajduje zatem zastosowanie, zdaniem J. Jończyka, jeśli utrzymane zostają zasada solidarności składkowej (wspólnoty ryzyka) oraz pewien wkład własny związany z ponoszeniem skutków ryzyka. Wkład ten nie może jednak stać w sprzeczności z celem społeczno-gospodarczym ubezpieczenia zdro-

²³ T. SZUMLICZ: *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*. Bydgoszcz–Warszawa, Oficyna Wydawnicza Branta, 2005, s. 203.

²⁴ Zob. D.E. LACH: *Ryzyko ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu zdrowotnym*. „Państwo i Prawo” 2007, z. 5, s. 35.

wotnego ani z konstytucyjnym prawem każdej jednostki do ochrony zdrowia²⁵.

Z zasadą ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się kwestia jego wykorzystania – społeczna bądź komercyjna. W społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym koszty ochrony zdrowia są relatywnie niskie, ponieważ wliczone są w ciężar kosztów pracy oraz rozłożone na dużą przymusową wspólnotę ryzyka. Charakter tego ubezpieczenia ukazują również niekomercyjność oraz względnie szeroki zakres profilaktyki zdrowotnej.

Komercyjne ubezpieczenie zdrowotne cechuje natomiast efektywność ekonomiczna w zakresie gospodarczej działalności ubezpieczeniowej. Znacznym problemem tego systemu jest selekcja ryzyka wyrażająca się ze strony instytucji ubezpieczeniowych niechęcią do lub odmową obejmowania zakresem ubezpieczenia osób o tak zwanym negatywnym ryzyku, na przykład starszych, przewlekle chorych²⁶. Zwiększanie publicznych wydatków na ochronę zdrowia powoduje zwykle większe korzyści po stronie komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego, koszty bowiem zostaną bezpośrednio lub pośrednio rozłożone na ludność utrzymującą się z zarobkowych źródeł.

Społeczne ubezpieczenie zdrowotne opiera się zatem na korzyści ubezpieczonego, natomiast komercyjne kieruje się w najwyższym stopniu korzyścią ubezpieczyciela.

Ostatnią zasadą wpływającą na kształt systemu ochrony zdrowia jest, według J. Jończyka, zasada zaopatrzenia zdrowotnego, dla której podstawową kategorię stanowi potrzeba zdrowotna. Pojęcie potrzeb zdrowotnych jest centralną kategorią w rozważaniach nad polityką zdrowotną i systemem ochrony zdrowia. Rozległość obszaru zainteresowań polityki zdrowotnej powoduje jednak, że należy rozróżnić polityki szczegółowe: politykę nakierowaną na problemy zachowań, politykę problemów środowiska oraz politykę opieki zdrowotnej. Zabieg ten umożliwia odniesienie problematyki potrzeb do każdego z wymienionych typów polityki²⁷.

Zagadnienia związane z zachowaniem jednostek znajdują szersze rozwinięcie w Marca Lalonde'a koncepcji tak zwanych pól zdrowia, w której uwarunkowania behawioralne determinują stan zdrowia w sposób zasadniczy. Kolejnymi uwarunkowaniami zdrowia, według WHO (*determinants of health*), są:

²⁵ Zob. J. JOŃCZYK: *Zasady i modele...*, s. 6.

²⁶ Zob. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA: *Polityka ochrony zdrowia w gospodarce rynkowej*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA, M. ZRALEK. Katowice, Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamieckiego. Kolegium Zarządzania, 1998, s. 131.

²⁷ Zob. W.C. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź–Kraków–Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 1996, s. 127.

- możliwość korzystania z praw i swobód obywatelskich;
- sytuacja na rynku pracy;
- warunki pracy;
- warunki mieszkaniowe;
- kondycja psychofizyczna adekwatna do wieku i płci;
- poziom wykształcenia;
- zaopatrzenie w żywność i stan odżywienia;
- poczucie bezpieczeństwa;
- możliwość oszczędzania;
- komunikacja i łączność z innymi ludźmi;
- możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki;
- dostępność odpowiedniej odzieży²⁸.

Czynniki pozytywnie wpływające na stan zdrowia, na przykład właściwa dieta, warunki zamieszkania czy odpoczynek, stanowią zatem potrzeby zdrowotne.

Problematyka stanu środowiska i jego wpływu na stan zdrowia są przedmiotem analiz w zakresie bezpieczeństwa środowiskowego (bezpieczeństwa ekologicznego), zwłaszcza zaś elementy otoczenia, które oddziałują na proces kształtowania stanu zdrowia jednostek²⁹.

Polityka opieki zdrowotnej, jako ostatnia polityka szczegółowa polityki zdrowotnej, najczęściej wiązana bywa z kategorią potrzeby zdrowotnej (potrzeby opieki zdrowotnej), co wynika ze specyfiki polityki mającej na celu generowanie świadczeń zdrowotnych oraz udostępnianie ich osobom korzystającym. Cezary Włodzimierz Włodarczyk podaje, w jakich znaczeniach może być ujmowana potrzeba zdrowotna w kontekście ochrony zdrowia, wyróżniając:

- czynnik determinujący podjęcie określonych zachowań zdrowotnych, głównie korzystanie ze świadczeń zdrowotnych oferowanych przez służbę zdrowia;
- czynnik uzasadniający podjęcie konkretnych działań wobec pacjenta wyrażającego potrzebę;
- przesłankę warunkującą alokację środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia grup ludności, wyróżnionych na podstawie wybranej cechy bądź miejsca zamieszkania;
- kryterium racjonalności celów polityki zdrowotnej bądź działania służby zdrowia; racjonalna polityka zdrowotna wyznacza bowiem

²⁸ Zob. J.B. KARSKI: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo CeDeWu, 2008, s. 39.

²⁹ Zob. szerzej: M. SIEMIŃSKI: *Środowiskowe zagrożenia zdrowia. Inne wyzwania*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 83–88.

cele, które pozostają w zgodzie z potrzebami, natomiast stopień zgodności stanowi jednocześnie miarę racjonalności³⁰.

Przedstawione konteksty potrzeb zdrowotnych odnoszone są również do kwestii ekonomii, ponieważ finansowanie zaopatrzenia zdrowotnego, co podkreśla J. Jończyk, następuje ze środków publicznych, zwykle z podatków, jednakże bez wyraźnego tytułu w postaci niezależnego podatku na ochronę zdrowia. Fakt ten może budzić kontrowersje – uzależnienie zakresu finansowania ochrony zdrowia od rozstrzygnięć politycznych znajdzie z pewnością wielu przeciwników³¹.

Potrzeba zdrowotna obywatela (lub każdej jednostki) w systemie ochrony zdrowia finansowanym w sposób zaopatrzeniowy stanowi rodzaj kategorii o naturze etyczno-politycznej, wynika to bowiem z zasady obywatelskiej równości, a nawet równości każdej jednostki ludzkiej w dostępie do opieki zdrowotnej, oraz ze stosowania egalitarnych kryteriów oceny potrzeby zdrowotnej.

System ochrony zdrowia – konstatuje J. Jończyk – pod względem natury prawnej nie może być jednolity, powinien korzystać z kilku zasad. Badacz ten postuluje również konieczność przywrócenia zasady zaopatrzenia zdrowotnego oraz takiego modelu służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej, który uwzględni konstytucyjne nakazy zapewnienia potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych i starszych. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne stanowi natomiast adekwatny system w odniesieniu do opieki zdrowotnej specjalistycznej oraz stacjonarnej³².

W podsumowaniu rozważań należy podkreślić, że prawo do ochrony zdrowia, a także inne prawa socjalne stanowią szczególny rodzaj praw, dotyczą bowiem kwestii zasadniczych dla egzystencji każdego człowieka, praw zabezpieczających jego byt materialny oraz rozwój fizyczny i psychiczny. Nie chronią zatem obywatela przed państwem – tworzą natomiast system działania organów państwa, których celem jest zapewnienie gwarancji korzystania z tych praw³³.

Prawo do ochrony zdrowia, a zwłaszcza jego socjalny aspekt wyrażający się w prawie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, potwierdza, że przedmiotem prawa do ochrony zdrowia „nie jest [...] abstrakcyjnie określony [...] stan »zdrowia« poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie [chorób – P.G.] i zapobieganie

³⁰ Zob. W.C. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie...*, s. 127–128.

³¹ Zob. J. JOŃCZYK: *Zasady i modele...*, s. 7.

³² Zob. ibidem, s. 16.

³³ Zob. B. ZAWADZKA: *Prawa ekonomiczne...*, s. 7.

chorobom, urazom i niepełnosprawności³⁴. Prawo do ochrony zdrowia nakazuje zatem organom państwa podejmowanie określonych działań ukierunkowanych na sferę szeroko definiowanego zdrowia.

Drugą istotną kategorią determinującą bezpieczeństwo zdrowotne jest zasada równego dostępu do systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji – do świadczeń medycznych. Stanowi ona jedną z podstawowych norm z zakresu praw socjalnych, która znajduje konstytucyjne potwierdzenie w ustroju prawnym państwa. Pojmowanie tejże zasady związane jest więc z aksjologią prawa socjalnego, która wpływa również na realizację polityki zdrowotnej. Podstawowym bowiem problemem tejże polityki jest stworzenie warunków umożliwiających realizację prawa do ochrony zdrowia – zapewnienie dostępności usług medycznych, która zależy jednak od kilku czynników.

Proces wyjaśnienia kategorii dostępności wymaga przybliżenia jej aspektów, które następnie posłużyć mogą do przedstawienia klasyfikacji dostępności.

Pierwszym z rozważanych aspektów jest zatem równość w dostępie do świadczeń medycznych. Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia takiego systemu ochrony zdrowia, który uwzględniając faktyczne nierówności społeczne, minimalizować będzie negatywne ryzyko zdrowotne, zapewniając jednocześnie szanse dostępu doń każdemu obywatelowi, niezależnie od jego sytuacji materialnej, ponieważ: „Zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej [...] są [...] niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania. Podobnie też jak sam dostęp do świadczeń, musi to być równość w ujęciu rzeczywistym, a nie tylko formalnym”³⁵.

Praktyka wskazuje jednak, że polski system ochrony zdrowia cechuje narastające zjawisko nierównego oraz zależnego od sytuacji finansowej dostępu do świadczeń medycznych, w którym często pośredniczą niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ), czy też prywatne praktyki lekarskie prowadzone przez lekarzy pracujących w publicznych bądź niepublicznych ZOZ-ach i mających wpływ na selekcję ryzyka. Większym ryzykiem obarcza się publiczne ZOZ-y, mniejszym zaś – niepubliczne³⁶.

Gavin Mooney zwraca uwagę na fakt, że dostępność sprecyzowana w postaci sprawiedliwej dostępności stanowi kluczowy problem współ-

³⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku. Sygn. akt K 14/03.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Zob. J. Jończyk: *Ochrona zdrowia*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 2, s. 7.

czesnej polityki zdrowotnej³⁷. Poddanie analizie wskazanego problemu wymaga uprzedniego dokonania rozróżnienia pomiędzy politycznym i technicznym wymiarem tejże kategorii.

Dostępność rozpatrywana przez pryzmat polityki wiąże się z przyznawaniem uprawnień do korzystania ze świadczeń medycznych, może zatem być konkretyzowana w jeden z następujących sposobów:

- jako prawo obywatelskie ujmowane w znaczeniu uniwersalnej zasady dostępności i kryterium korzystania w razie potrzeby zdrowotnej;
- jako uprawnienie będące rezultatem umowy ubezpieczeniowej zawieranej niejako z przymusu, obliuguje bowiem do tego norma prawna;
- zróżnicowane uprawnienie, które zależy głównie od sytuacji finansowej beneficjenta, ponieważ kryterium potrzeby zdrowotnej zawężone jest do osób znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej³⁸.

Pomiędzy przypadkami pierwszym i drugim nie rysuje się wyraźna różnica w kontekście europejskim. Natomiast podejście trzecie wymaga rozstrzygnięć politycznych, których treścią będzie wyznaczenie zakresu ochrony zdrowia – modelu finansowania tego systemu w danym kraju. Gwarancja dostępności wprowadzona decyzją polityczną nie jest jednak tożsama z zakresem świadczeń podlegających dostępności. Należy zauważyć postępujące współcześnie ograniczanie zakresu świadczeń gwarantowanych przez państwo, wynikające ze zmian założeń podstawowych polityki zdrowotnej, które są pochodną kryzysu finansów publicznych państw *welfare state*.

Kategorię dostępności można również rozpatrywać w drugim aspekcie, jako określenie techniczne, wówczas występuje w następujących konotacjach:

- Osiągalność, ujmowana w teorii jako relacja, która zachodzi między wielkością i strukturą zasobów będących w dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych danej populacji. Praktycznym wyrazem tego rodzaju dostępności jest liczba pracowników służb medycznych w określonej kategorii zawodowej, na przykład pielęgniarek czy lekarzy, lub jednostek infrastrukturalnych, na przykład łóżek szpitalnych, jakie przypadają na daną liczbę ludności zamieszkującej wskazany obszar. Cele obejmujące osiągalność charakteryzowane są zatem za pomocą wskaźników. Ważnym aspektem

³⁷ G. MOONEY: *What Does Equity in Health Mean?*. „World Health Statistics Quarterly” 1987, vol. 40, no 4, s. 296–303. Za: W.C. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie...*, s. 300.

³⁸ Zob. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA: *Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia*. W: *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*. Red. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA. Katowice, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, 2006, s. 44.

w kontekście osiągalności jest świadomość istnienia świadczenia na rynku usług medycznych, ponieważ na przykład brak wiedzy dotyczącej określonych usług może negatywnie warunkować ekspresję potrzeb w tej sferze. Świadczenie może być zatem osiągalne, jednakże jego brak lub niedostateczna informacja o jego istnieniu, a także metodach pozyskania blokują do niego dostęp³⁹.

- Dostępność przestrzenna wyrażająca się w relacjach pomiędzy przestrzenną dystrybucją zasobów a rozmieszczeniem na danym terytorium osób, które mają stać się beneficjentami świadczeń. Rozpatrywany wymiar dostępności uwzględnia aspekt dystansu, ale również uwarunkowania komunikacyjne (korzystanie ze środków transportu), a także czynnik kosztów pokonania odległości do ośrodka służby zdrowia.
- Dostępność organizacyjna będąca wyrazem dostosowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń do rzeczywistych możliwości korzystania z nich przez potencjalnych pacjentów. Wskazane warunki to: czas pracy placówki służby zdrowia, zasady rejestracji pacjentów oraz wyznaczania wizyt, a także możliwość kontaktu za pośrednictwem telefonu czy Internetu.
- Dostępność kosztowa, której analiza wymaga uwzględnienia skali makro oraz mikro. Skala makro obejmuje zasady regulujące przydzielanie uprawnień korzystania ze świadczeń medycznych. Występujące one w formie generalnej, jako prawa obywatelskie, bądź szczegółowej, wynikając z ubezpieczenia społecznego lub komercyjnego. Poziom mikro stanowi postrzeganą z perspektywy pacjenta zdolność finansową do poniesienia kosztów świadczenia medycznego oraz innych kosztów, na przykład utraconych możliwości czy straconego czasu.
- Akceptowalność wyrażająca relację między oczekiwaniami pacjenta, jakie towarzyszą technicznemu, psychologicznemu oraz kulturowym wymiarom zaspokajania potrzeb, a poziomem realizacji tych oczekiwań w kontakcie ze służbą zdrowia. Niski poziom wykształcenia pacjenta stanowi barierę komunikacyjną, która utrudnia wypełnienie jego oczekiwań⁴⁰.

Polski system ochrony zdrowia cechuje dostępność rozumiana dualnie: na poziomie systemowym oraz instytucjonalnym. Dostępność

³⁹ Zob. J. KLICH: *Teoretyczne podstawy metod badawczych zastosowanych w badaniu dostępności świadczeń zdrowotnych*. W: *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Red. K. SZCZERBIŃSKA. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006, s. 58.

⁴⁰ Zob. C. WŁODARCZYK: *Instytucje opieki zdrowotnej. Funkcje zadane a funkcje realizowane*. W: *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 1999, s. 39–40.

systemowa przejawia się w tytule do ubezpieczenia zdrowotnego, które cechują między innymi powszechność i przymusowość. Z tego powodu niemal wszystkie grupy społeczne zostały objęte przymusem przystąpienia do ubezpieczenia.

Na poziomie instytucjonalnym dostrzec można natomiast ograniczenia zasady dostępności, zapisane w art. 57 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i przejawiające się w konieczności posiadania skierowania do lekarza specjalisty, z wyjątkiem lekarza ginekologa i położnika, dentysty, wenerologa, onkologa, psychiatry. Skierowanie nie jest również wymagane od osób chorych na gruźlicę; zakażonych wirusem HIV; inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów; cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych; osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego; uprawnionych żołnierzy, pracowników oraz weteranów – w zakresie urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa⁴¹.

Wymóg posiadania skierowania dotyczy również pobytu w szpitalu, z wyjątkiem przypadków wymagających natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, a także w razie porodu.

Drugim istotnym ograniczeniem w dostępie do systemu ochrony zdrowia była konieczność przedstawienia dowodu ubezpieczenia w sytuacji korzystania ze świadczeń. Warunek ten został osłabiony w rezultacie wprowadzenia systemu eWUŚ – Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, umożliwiającej praktycznie natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej⁴².

Zagadnienie dostępności do polskiego systemu ochrony zdrowia w warunkach reformy poddała analizie Katarzyna Tymowska. Dostępność świadczeń medycznych wyznaczają, w opinii badaczki, zasady finansowania świadczeń, które w warunkach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego powinny zarówno zapewnić poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, jak i przejawiać się w efektywnej oraz ekonomicznie uzasadnionej dostępności⁴³.

Pierwszym aspektem dostępności jest powszechność, w rozumieniu pełnego bądź uniwersalnego dostępu do takiego zakresu świadczeń, który bez względu na zgłaszany problem zdrowotny nie powoduje

⁴¹ Zob. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135.

⁴² Zob. Ustawa z dnia 27 lipca 2012 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2012, poz. 1016.

⁴³ Zob. K. TYMOWSKA: *Zasady finansowania a dostępność*. „Prawo i Medycyna” 1999, vol. 1, nr 4, s. 84.

wysokich wydatków i w konsekwencji nie prowadzi do zagrożenia egzystencji. Zabezpieczeniem przed tym niebezpieczeństwem jest system ubezpieczeniowy zapewniający z jednej strony świadczenia związane z największymi ryzykami wydatków, z drugiej zaś – świadczenia różnorodne, o szerokim zakresie, z wyjątkiem jednak świadczeń generujących wysokie koszty, rzadkich i nienagłych. Uniwersalność dostępu gwarantuje również asekurację przed ryzykiem obciążenia nadmiernymi wydatkami, które mogą zagrozić egzystencji beneficjenta systemu ochrony zdrowia bądź jego rodziny; wówczas system finansowany jest z podatków ogólnych.

Kolejny wymiar dostępności dotyczy warunków, po których spełnieniu można korzystać ze świadczeń medycznych. Warunkami tymi są na przykład opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne, przynależność do określonej kasy chorych (w systemie obecnym do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – NFZ) czy analizowane wcześniej skierowanie do lekarza specjalisty. Wskazane warunki stanowią formę efektywnego korzystania z dostępnych środków, ale również socjalizują pacjentów korzystających ze świadczeń systemu ochrony zdrowia⁴⁴.

Rodzajem systemowego ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych są również limity tychże świadczeń, które przejawiają się w dwóch formach: list oczekujących – kolejek, lub zakończenia kontraktu (zrealizowanie umów objętych kontraktem z NFZ-em).

Listy oczekujących formuje się w sytuacji, gdy świadczeniodawca dokonuje całorocznego równomiernego rozłożenia przyznanego limitu świadczeń. Powstała wówczas lista pacjentów oczekujących na dane świadczenie jest ułożona według kolejności zgłaszania się. Zapewniana w ten sposób pozorna sprawiedliwość w oczekiwaniu na świadczenie medyczne nosi znamiona selekcji ryzyka, sprzecznej z zasadą równego dostępu do świadczeń, ponieważ długie oczekiwanie na zaspokojenie potrzeby zdrowotnej determinuje wybory pacjentów odnośnie do skorzystania z prywatnego sektora ochrony zdrowia.

Zrealizowanie kontraktu z NFZ-em wynika natomiast z procesu, w którym świadczeniodawca realizuje kontrakt w sposób ciągły, aż do wyczerpania przeznaczonych środków finansowych – następuje wówczas zakończenie świadczenia usług medycznych w danym zakresie. Limitowanie świadczeń w ochronie zdrowia stanowi istotny problem w dostępności do tych działów ochrony zdrowia, w których wymagana jest ciągłość procesów diagnostyki i leczenia, zwłaszcza w ramach ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego oraz szpitalnego.

⁴⁴ Zob. ibidem, s. 89.

Odmianą dostępności była również dostępność nieformalna, która nie wynikała z regulacji prawnych – stanowiła wyłącznie rodzaj ekonomicznej motywacji świadczeniodawcy. Warunkiem korzystania z danego typu świadczenia X było jednocześnie korzystanie z innej usługi medycznej typu Y oferowanej przez tego samego świadczeniodawcę. Dodatkowym elementem wzmacniającym ten stan był fakt zakontraktowania dużego pakietu świadczeń typu Y, który istotnie wpływał na motywację świadczeniodawcy do wypracowania systemu, który ograniczałby dostęp osobom spoza ustalonego wcześniej kręgu pacjentów⁴⁵.

Istotnym aspektem związanym z dostępnością jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacji choroby. Naruszenie tej wartości, w wyniku ciągłych działań reformatorskich, skutkuje przyjmowaniem różnych strategii, z których najważniejsze są cztery⁴⁶:

1. Poszukiwanie przez pacjentów alternatywnych instytucji gwarantujących poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, na przykład wybór lekarza pierwszego kontaktu prowadzącego praktykę w przychodniach przyszpitalnych, co zarazem zapewnia potencjalny dostęp do świadczeń medycznych oferowanych przez ten podmiot.
2. Decyzje pacjentów o finansowaniu świadczeń medycznych ze źródeł indywidualnych gospodarstw domowych, które uzależnione jest jednak od sytuacji ekonomicznej gospodarstw domowych, a także od stanu zdrowia ich członków – wraz z pogarszaniem się jego jakości wzrastają koszty ekonomiczne jego przywrócenia; naturalną strategią staje się zatem powrót do systemu finansowanego ze źródeł publicznych.
3. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne, medyczne oraz szpitalne skierowane do pojedynczych osób oraz rodzin. Występuje ono również w wersji grupowej, gdy pracodawca zawrze stosowną umowę z prywatnym ubezpieczycielem, która swym zakresem może również objąć rodzinę pracownika. Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zależna jest jednak w znacznym stopniu od zakresu świadczeń oraz dostępności usług oferowanych w ramach systemu bazowego (podstawowego). Na tej podstawie wyróżnić można (tabela 3):
 - Ubezpieczenia suplementarne, określane również mianem równoległych. Funkcjonują niejako „obok” systemu bazowego, obejmując świadczenia medyczne, które zapewniane są także w systemie bazowym – różnica polega jednak na tym, że ubezpieczenie komercyjne umożliwia ubezpieczonemu łatwiejszy oraz szybszy do-

⁴⁵ Zob. ibidem, s. 91.

⁴⁶ Zob. ibidem, s. 92–93.

stęp do świadczeń medycznych o wyższej jakości, które w ramach systemu bazowego są trudno dostępne, na przykład ze względu na okres oczekiwania. Osoby podlegające ubezpieczeniu suplementarnemu nadal obowiązuje system podstawowy, z którego nie mogą zrezygnować.

- Ubezpieczenia komplementarne działają „ponad” systemem bazowym i gwarantują świadczenia oraz procedury medyczne, których nie zapewnia ubezpieczenie podstawowe. Uzupełniając świadczenia z zakresu systemu bazowego, podnoszą jednocześnie standard ochrony oferowanej w jego ramach. Dodatkową funkcją tej kategorii ubezpieczenia jest zabezpieczenie pacjentów przed partycypacją w kosztach (mechanizm współpłacenia), jeśli takowa występuje w systemie podstawowym. Podobnie jak w przypadku systemu suplementarnego osoby, które mają ubezpieczenie komplementarne, w dalszym ciągu podlegają obowiązkowi udziału w systemie bazowym, bez prawa rezygnacji.
- Ubezpieczenia substytucyjne cechują systemy ochrony zdrowia, w ramach których osoby mogą zrezygnować bądź zostać wyłączone z zabezpieczenia bazowego. W pierwszej sytuacji ubezpieczenie substytucyjne ma charakter obligatoryjny, jego zakres wyznacza norma prawna, pokrywając je z systemem bazowym obowiązującym w danym systemie ochrony zdrowia. W przypadku drugim ubezpieczenie substytucyjne ma charakter wyłącznie fakultatywny⁴⁷.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne stanowi zatem w wielu przypadkach jedynie uzupełnienie ubezpieczenia finansowanego ze środków publicznych, które zawiera stanowczo szerszy zakres świadczeń wynikający z równie szerokiego katalogu różnych rodzajów ryzyka objętych ubezpieczeniem. Prywatny ubezpieczyciel stara się również eliminować tak zwane złe ryzyko – jednostki chorobowe, których procedury leczenia wymagają wysokich nakładów finansowych.

4. Ostatnim elementem wzmacniającym poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów są tak zwane opłaty pozaformalne czy prezenty grzecznościowe dla pracowników służby zdrowia, które zapewnić mają bądź dostępność do świadczeń, bądź też przyspieszenie ich udzielenia.

⁴⁷ Zob. POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ: *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*. [B.m.w.] Ernst & Young, 2013, s. 15. <http://gu.com.pl/static/czol-raport.pdf> [data dostępu: 15.02.2017].

TABELA 3

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne
w relacji do systemu ubezpieczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Rodzaj ubezpieczenia	Funkcje (zakres)	Relacja do zabezpieczenia bazowego
Suplementarne	<ul style="list-style-type: none"> – szerszy dostęp do świadczeniodawców – szybszy dostęp do świadczeń – dostęp do wyższej jakości świadczeń 	„obok”
Komplementarne	<ul style="list-style-type: none"> – dostęp do świadczeń nieobjętych systemem bazowym – ubezpieczenie od współpłacenia 	„ponad”
Substytucyjne	– oferowane osobom wyłączonym z zabezpieczenia bazowego oraz tym, które mogą z niego zrezygnować	„zamiast”
Bazowe	– podstawowa droga dostępu do świadczeń zdrowotnych	„wyłącznieść”

Źródło: Opracowanie na podstawie: B. WIĘCKOWSKA, M. OSAK: *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*. W: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*. Red. W. RONKA-CHMIELOWIEC. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, 2010, s. 212–219.

Ostatnią kategorią naukową przywoływaną w kontekście dostępności jest efektywność, której ekonomiczną naturę K. Tymowska przeciwstawia etycznemu wymiarowi wartości, jaką stanowi równość dostępu do świadczeń zdrowotnych. Dylematem okazuje się konieczność wyboru między sprawiedliwą równością a efektywnością ekonomiczną. Jeśli przełożyć ten problem na kategorie nauki oraz zawęzić pojęcie równości wyłącznie do równości obywateli wobec prawa, możliwe do zastosowania stają się instrumenty zwiększające efektywność ekonomiczną systemu ochrony zdrowia. Rozwiązanie to stanowi jednak niebezpieczeństwo przejawiające się zarówno w ograniczaniu dostępności do świadczeń, jak i w zmniejszaniu zakresu samych świadczeń gwarantowanych przez system ochrony zdrowia, jedynym bowiem kryterium oceny zasadności zastosowania procedury medycznej staje się cena⁴⁸.

Ograniczenie powszechnej dostępności do systemu ochrony zdrowia stanowi jeden z istotnych czynników wykluczenia społecznego, który, w opinii Aldony Frączkiewicz-Wronki, związany jest z dwoma grupami zagadnień. Pierwsza dotyczy niespełniania kryterium racjonalności w rozlokowaniu zasobów systemu ochrony zdrowia, co wyraża się na przykład w wysokim stopniu koncentracji kadr medycznych na terenie aglomeracji miejskich i jednoczesnym ich niedoborze w małych miastach oraz na wsiach. Fakt ten świadczy o niewystarczającej reakcji systemu

⁴⁸ Zob. K. TYMOWSKA: *Zasady finansowania...*, s. 93.

na zgłaszane potrzeby zdrowotne. Podstawowym problemem w dostępności do systemu ochrony zdrowia jest zatem dokonanie odpowiedniego rozmieszczenia zasobów w ramach poszczególnych jednostek terytorialnego podziału kraju.

Drugą grupę problemów stanowią sami beneficjenci systemu ochrony zdrowia, dokładniej: ich zróżnicowanie ekonomiczne, społeczne oraz kulturowe. Dochody osiągane w gospodarstwach domowych stanowią ułatwienie bądź utrudnienie w dostępie oraz korzystaniu ze świadczeń medycznych, ewentualne bowiem współpłacenie lub pełna odpłatność istotnie wpływają na dostępność do systemu ochrony zdrowia⁴⁹.

Społeczno-kulturowe uwarunkowania korzystania z systemu ochrony zdrowia również wywierają wpływ na dostępność. Zwykle wyższy poziom wykształcenia oznacza posiadanie większej świadomości zdrowotnej, która wyraża się na przykład w podejmowaniu działań prewencyjnych w zakresie zdrowia. Wykształcenie determinuje także kwestie powiązane z dostępem do informacji o stanie zdrowia czy też o możliwych procedurach leczenia⁵⁰. Niższy poziom wykształcenia oznacza zwykle mniejszy zasób wiedzy na temat relacji pomiędzy zdrowiem a zachowaniami je wspierającymi. Różnice społeczno-kulturowe determinują zatem reakcje w sytuacji choroby, uświadomienie lub też nie potrzeb zdrowotnych, stosowanie się do zaleceń lekarza, prowadzenie prozdrowotnego stylu życia oraz działań promujących zdrowie.

Dokonując podsumowania dotychczasowych rozważań, przedstawić należy katalog cech warunkujących dostępność do systemu ochrony zdrowia:

- wielkość globalnej kwoty środków finansowych przeznaczonych na system ochrony zdrowia, zawierająca również środki prywatne pochodzące z budżetów gospodarstw domowych, a także z budżetów pracodawców, którzy wykupują polisy dla swych pracowników u prywatnych ubezpieczycieli;
- forma kształtowania dochodów poszczególnych oddziałów NFZ-ów, zwłaszcza skuteczna egzekucja składek;
- tytuł uprawnień do świadczeń oraz ich zakres gwarantowany ustawowo;
- formalne i nieformalne zasady dostępu do świadczeń medycznych;
- całkowite, częściowe współpłacenie za świadczenia lub jego brak;
- tryby i metody kontraktowania świadczeń medycznych świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia;

⁴⁹ Zob. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA: *Perspektywa terytorialna...*, s. 46.

⁵⁰ Zob. A. SOWA: *O nierównościach w korzystaniu z usług ochrony zdrowia ze względu na wykształcenie*. „Polityka Społeczna” 2010, nr 9, s. 34.

- sposoby regulowania i rozlokowywania, a także struktura zasobów wykorzystywanych w systemie ochrony zdrowia;
- nadzór nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia pojmowany w kategoriach aktywności, to znaczy systematycznej ewaluacji rozwiązań prawnych, zwłaszcza w kontekście zgodności osiągniętych rezultatów z założonymi celami;
- miejsce danego świadczeniodawcy w formalnej i nieformalnej sieci dostawców świadczeń, czyli sposób zapewnienia regulowanego dostępu do kolejnych świadczeń zdrowotnych, jeśli stan zdrowia pacjenta tego wymaga;
- pozafinansowe koszty związane z dostępem i korzystaniem ze świadczeń medycznych, wyrażające się na przykład czasem oczekiwania na świadczenie, stresem związanym z zakończeniem kontraktu na dany rodzaj świadczenia;
- uwarunkowania związane z odległością, przestrzennym rozłożeniem zakładów opieki zdrowotnej i łatwością dotarcia do nich;
- organizacja samego procesu dostępu do świadczeń medycznych w postaci systemu rejestracji oraz jego zgodność z uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi zachowań pacjentów;
- udostępniona beneficjentom informacja na temat zasad dostępności;
- subiektywne odczuwanie bezpieczeństwa zdrowotnego wynikające z zapewnionej dostępności medycznych świadczeń gwarantowanych.

Przeprowadzona naukowa eksploracja wskazanych kategorii oraz zachodzących między nimi relacji okazała się celowa w kontekście sformułowania zakresu definicyjnego terminu bezpieczeństwa zdrowotnego, które rozumie się jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, prawa, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach. Zasadniczymi kategoriami warunkującymi bezpieczeństwo zdrowotne są więc prawo do ochrony zdrowia, prawo, którego głównym gwarantem są instytucje państwa, oraz dostęp do świadczeń na równych zasadach, gdyż dostępność implikuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Należy podkreślić, że bezpieczeństwo zdrowotne stanowi rodzaj wolności od zagrożeń szeroko definiowanej sfery zdrowia, a nawet zawiera postulat równości bezpieczeństwa zdrowotnego.

ROZDZIAŁ TRZECI

Kategoria bezpieczeństwa w nauce o polityce społecznej

Zdrowie i bezpieczeństwo stanowią ważne zagadnienia przywoływane we współczesnym dyskursie publicznym, społecznym, ale również naukowym. Przesłanką skłaniającą do łącznego podjęcia tejże tematyki stało się rosnące znaczenie problematyki bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

W rozważaniach naukowych przywołane obszary tradycyjnie znajdowały się w polu badawczym medycyny oraz administracji i nauk wojskowych. Rozwój nauki zmierzający do nowych, najczęściej interdyscyplinarnych podejść, umożliwiających analizę złożonej materii współczesnego świata, spowodował, że zdrowie i bezpieczeństwo stały się przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin nauki, w tym nauki o polityce społecznej. Zasadnicze sposoby konceptualizacji pojęcia bezpieczeństwa zdrowotnego w tejże domenie nauki wciąż jednak pozostają niedookreślone.

Celem podjętych w niniejszym rozdziale rozważań stała się zatem refleksja naukowa nad pojęciem bezpieczeństwa zdrowotnego, prowadzona wszakże z perspektywy wskazania podstawowych czynników lokujących bezpieczeństwo zdrowotne w polu uwagi polityki społecznej, a także ukazanie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego jako instrumentu poznawczego nauki o polityce społecznej.

Zdefiniowany uprzednio zakres bezpieczeństwa zdrowotnego wyraża się między innymi w zorganizowanym procesie zaspokajania potrzeb społecznych związanych z bezpieczeństwem zdrowia. Proces ten jednakże podlega nieprzerwanym zmianom, wynikającym zarówno ze

zmiennej natury samych potrzeb społecznych, jak i ze zmieniających się warunków otoczenia czy też uczestników tegoż procesu. Organizatorem i regulatorem działań na rzecz zaspokajania potrzeb społecznych i rozwiązywania istotnych problemów społecznych jest państwo, jednak instrumentem w tym procesie pośredniczącym jest polityka społeczna ujmowana jako praktyka, choć niezbędny aspekt tychże działań stanowi warstwa teoretyczna.

Rozważania obejmujące problematykę bezpieczeństwa odnaleźć można w nauce o polityce społecznej. Zanim wszakże zostanie rozpatrzona wskazana kwestia, uprzedniego przybliżenia i uściślenia wymaga samo pojęcie polityki społecznej, termin ten bowiem, pozostając niedoprecyzowanym, powodować może trudności w dalszych dociekaniaх nad bezpieczeństwem, a szczególnie bezpieczeństwem zdrowotnym.

Komplikacje mogą powodować takie zjawiska, jak:

- rozróżnienie dualnego charakteru polityki społecznej wyrażającego się w praktyce oraz korespondującej z nią dyscyplinie naukowej;
- rozgraniczenie deskryptywnych i normatywnych wypowiedzi w sferze polityki społecznej;
- demarkacja między szerokim a wąskim zakresem polityki społecznej;
- podkreślenie dwóch równoległych perspektyw badawczych – problemowej, ale również z perspektywy systemu i procesu politycznego.

Tak sprecyzowane zagadnienia stanowią podstawę do podjęcia dalszych rozważań dotyczących natury polityki społecznej. Pojmowanie bowiem polityki społecznej wymusza niejako uznanie jej dwoistej natury: z jednej strony działalności praktycznej, z drugiej zaś strony – podejścia teoretycznego (badawczego) do polityki społecznej, które to podejście warunkuje dyscyplinę nauk teleologicznych racjonalizującą wskazaną działalność¹. Wiedza naukowa o polityce społecznej wpływa zatem na przedmiot jej badań, a w efekcie – również na treść samej polityki społecznej.

Polityka społeczna stanowi więc nierozzerwalne zespolenie dociekań naukowych i działalności praktycznej. Teoria polityki społecznej dostarcza uogólnionych twierdzeń praktyce, ponieważ funkcją działalności teoretycznej jest między innymi racjonalizacja działań praktycznych – poszukiwanie uzasadnień, które będąc wynikiem naukowych dociekań, mają przyczynić się do zmiany praktyki polityki społecznej.

Istotniejszym jednakże zagadnieniem, w kontekście dualnego charakteru polityki społecznej, wydaje się rozróżnienie aspektów deskryptywnych i normatywnych – zasadniczy bowiem problem polega na tym, że

¹ Zob. T. SZUMLICZ: *Modele polityki społecznej*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, 1994, s. 11.

analizując treść polityki społecznej, można dokonać próby uogólnienia, które nosząc cechy deskryptywne, stanowić będzie model ograniczony w tym znaczeniu, że dokonuje uproszczeń użytecznych w procesie opisu polityki społecznej. Ogólna definicja polityki społecznej nie tylko zatem umożliwi zrozumienie jej natury, lecz także wskazuje pole badawcze, którego zakres możliwy jest do wyznaczenia dopiero w wyniku operacjonalizacji. Deskrypcja obejmuje więc zarówno ogólne pojęcia, jak i kategorie operacyjne stanowiące warunek konieczny procesu badawczego.

Odminną naturę ma natomiast model normatywny, jednakże nieujmowany w perspektywie procesu oceny dostępnych kierunków działań polityki społecznej oraz wyodrębnienia pożądanego, ale wykreowanego na podstawie konkretnego systemu wartości, stanu przyszłego, co skutkuje oddzieleniem polityki społecznej od jej praktyki, zwłaszcza w aspekcie przyczynowo-skutkowym².

Trudności w zrozumieniu istoty polityki społecznej powodować może również nieprecyzyjna demarkacja pomiędzy szerokim a wąskim zakresem polityki społecznej, którą to kwestię sprowadzić można do odróżnienia polityki socjalnej od polityki społecznej, poważne komplikacje bowiem mogą wynikać z błędnego utożsamiania instrumentów polityki socjalnej, wywierających bezpośredni wpływ na materialne warunki egzystencji gospodarstw domowych, z aktywnością o szerszym zakresie – polityką społeczną. Należy zatem dokonać rozgraniczenia polityki socjalnej i polityki społecznej, gdyż zakresu badawczego tej ostatniej nie stanowią wyłącznie warunki materialnej egzystencji grup wykluczonych pod względem społeczno-ekonomicznym, lecz w szczególności sfera stosunków społecznych znajdująca wyraz w ustroju politycznym, społecznym i gospodarczym. Przedmiot badawczy polityki społecznej obejmuje więc takie obszary, jak: rodzina, edukacja, zdrowie, kultura, środowisko zamieszkania, sfera pracy, środowisko naturalne, a także zabezpieczenie dochodu.

W interpretacji Ireny Sieńko polityka społeczna wiąże się z koncepcją sterowania procesami społecznymi, „jej celem praktycznym winno być zatem takie ułożenie warunków życia i pracy, w których człowiek mógłby harmonijnie realizować swoje osobiste cele i znajdować motywację do pracy na rzecz społeczeństwa. Polityka socjalna, skoncentrowana na rozdzielaniu świadczeń społecznych i dóbr, nie jest w stanie tych celów zrealizować”³. Polityka socjalna stanowi więc jedno z pól aktywności

² Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN: *Systemowe determinanty polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1999, s. 41.

³ I. SIENKO: *Polityka socjalna czy polityka społeczna?*. W: *Polityka społeczna w okresie przemian*. Red. A. PIEKARA, J. SUPIŃSKA. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, 1985, s. 102.

polityki społecznej. Tadeusz Kowalak uważa nawet, że relacje między zakresami analizowanych pojęć charakteryzuje podległość – w tym znaczeniu, że „polityka socjalna jest w stosunku do polityki społecznej polityką szczegółową”⁴, odnoszącą się do sfery świadczeń udzielanych przez instytucje publiczne na rzecz beneficjentów, którzy znajdują się w potrzebie.

Politykę społeczną „od wąsko pojętej polityki socjalnej, ograniczającej się do badania poszczególnych elementów poziomu życia w powiązaniu z istniejącym i postulowanym systemem świadczeń i służb socjalnych”⁵, odróżnia zatem szersze pole badawcze, które objąć można zakresem pojęcia jakości życia, podczas gdy domeną polityki socjalnej pozostaje poziom życia. Dystrybutywny charakter polityki socjalnej sytuuje ją pośród instrumentów polityki społecznej. Przedstawiona interpretacja relacji może wszakże stanowić podstawę do zajęcia stanowiska redukcyjnego – przejawiającego się w nadmiernym podkreślaniu socjalnych aspektów polityki społecznej, które w społecznym odbiorze zaczynają dominować nad pozostałymi celami polityki społecznej.

Polityka społeczna stanowi zatem narzędzie gwarantujące zaspokajanie różnorodnych potrzeb społecznych, w tym przede wszystkim potrzeby bezpieczeństwa, zarówno na poziomie społecznym, jak i socjalnym.

W rozważaniach nad naturą polityki społecznej należy uwzględnić także dwie znaczące perspektywy badawcze. Pierwszą – obejmującą kontekst problemowy, oraz drugą dotyczącą systemu politycznego i roli, jaką odgrywa w nim polityka społeczna, zwłaszcza funkcja integracyjna w odniesieniu do grup wykluczonych społecznie.

Podejście problemowe w nauce o polityce społecznej sprowadzić można do kwestii społecznych, które stanowią w istocie specyficzny rodzaj problemów społecznych utrudniających zaspokojenie potrzeb zbiorowości. Kategoria kwestii społecznej poruszona zostanie w sposób szczegółowy w dalszej części rozważań, w optyce bezpieczeństwa socjalnego.

Druga perspektywa badawcza wymaga podkreślenia, że politykę społeczną charakteryzuje związek z procesem politycznym, zwłaszcza z jego aspektem decyzyjnym. Należy również wyakcentować dwoiste znaczenie samego terminu „polityka”, ponieważ jego dualny sens *policy* oraz *politics* jest trudno uchwytne w perspektywie translacji na język

⁴ T. KOWALAK: *Polityka społeczna. Wybrane zagadnienia (zarys wykładu)*. Białystok, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, 2002, s. 10.

⁵ A. RAJKIEWICZ: *Polityka społeczna – problemy i zadania*. W: *Polityka społeczna. Wybór tekstów teoretycznych*. Red. W. ANIOŁ. Warszawa, Uniwersytet Warszawski. Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych. Instytut Polityki Społecznej, Centralny Ośrodek Metodyczny Studiów Nauk Politycznych, 1984, s. 70.

polski. Termin *policy* cechuje postępowanie oparte na deklarowanych oraz uznanych zasadach. Natomiast ujęcie *politics* obejmuje sprawowanie władzy, proces jej zdobywania i utrzymywania. Dokonane rozróżnienie między *policy* i *politics* ma ważne znaczenie w rozważaniach nad naturą polityki społecznej, gdyż obie konotacje są w niej zawarte, co zauważyła Ludmiła Dziewięcka-Bokun, konkludując: „[...] przedmiotem polityki jako »politics« są zadania, przywileje, prawa i obowiązki. Polityka społeczna skupia w sobie »policy« wtedy, kiedy mówi o implementacji decyzji podejmowanych w trybie właściwym [...] »politics« [...] administracja, planowanie, sprawy publiczne są związane z »policy« [...] władza, autorytet, sprzeczność, konflikt, uczestnictwo eksponuje »politics«”⁶.

Natura polityki społecznej, w zależności od przyjętego kontekstu, ale także problemów badawczych czy stosowanych metod analizy, jawi się jako z jednej strony warunkowana wartościami, z drugiej zaś – czynnikami politycznymi.

Prowadzone dotychczas rozważania, obejmujące istotę bezpieczeństwa oraz naturę polityki społecznej, wymagają przedstawienia relacji, jakie zachodzą między wskazanymi terminami. Kategoria bezpieczeństwa stanowi bowiem jedno z kluczowych pojęć w nauce o polityce społecznej, odwołując się do bezpieczeństwa społecznego oraz bezpieczeństwa socjalnego. Pojęcia te w literaturze przedmiotu stosowane są zamiennie⁷.

W polskich opracowaniach z zakresu polityki społecznej definicję bezpieczeństwa socjalnego opracował między innymi Mirosław Księżopolski. Pojmuje on wskazaną kategorię jako „stan wolności od zagrożeń, których skutkiem jest brak lub niedostatek środków utrzymania”⁸. Wymienione zagrożenia bezpieczeństwa socjalnego powstają wskutek wielu czynników sprawczych, których zbiorczą nazwę zawrzeć można w kategorii kwestii społecznej – zjawiska wyrażającego, w rozumieniu L. Dziwińskiej-Bokun, „stany i sytuacje krytyczne w życiu jednostek i całych zbiorowości”⁹, warunkujące ograniczanie bądź wręcz „blokowanie możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych”¹⁰. Jan Danecki wyróżnił trzy kryteria kwestii społecznych:

⁶ L. DZIEWIĘCKA-BOKUN: *Systemowe determinanty...*, s. 22.

⁷ Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, A. PAWŁOWSKA: *Bezpieczeństwo społeczne. Repetytorium*. Wrocław, Dolnośląska Szkoła Wyższa. <http://biurokarier.dsw.edu.pl/repetytoria-rok-aka-demicki-20132014>, s. 2 [data dostępu: 15.02.2017]. Por. T. SZUMLICZ: *Ubezpieczenia społeczne...*, s. 45.

⁸ M. KSIĘŻOPOLSKI [hasło]: *Bezpieczeństwo socjalne*. W: *Leksykon polityki społecznej*. Red. B. RYSZ-KOWALCZYK. Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2001, s. 20.

⁹ L. DZIEWIĘCKA-BOKUN: *Systemowe determinanty...*, s. 34.

¹⁰ B. RYSZ-KOWALCZYK: *Teoria kwestii i problemów społecznych*. W: *Polityka społeczna*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.

- rodowód, wskazujący na naturę oraz zakres – świadczy to o upatrywaniu źródeł kwestii społecznych między innymi w strukturze społecznej, w układzie panujących stosunków czy zasadach podziału wytworzonych dóbr;
- dotkliwość, będącą kategorią złożoną, która obejmuje narastające sytuacje krytyczne w życiu jednostek oraz rodzin w obrębie dużych zbiorowości – sytuacje, które dezorganizują więzi społeczne, a tym samym także spójność społeczną;
- możliwość eliminowania, wynikająca z założenia, że kwestie społeczne tkwią u podstaw polityki społecznej, ujmowanej jako działalność nastawiona na usuwanie barier w zaspokajaniu potrzeb społecznych¹¹.

Niezaspokojone potrzeby wywołują zatem odczuwalny stan braku, który narastając, warunkuje trudne sytuacje życiowe zagrażające poczuciu bezpieczeństwa socjalnego i rodzące zagrożenia oraz stany lękowe¹².

Wymienione w definicji bezpieczeństwa socjalnego zagrożenia wymagają również doprecyzowania, implikuje je bowiem ryzyko socjalne, czyli „zagrożenie zdarzeniem, którego zaistnienie spowoduje stratę w zasobach gospodarstwa domowego”¹³. W nauce o polityce społecznej ryzyko socjalne należy do katalogu ryzyka społecznego, które zostaje objęte zabezpieczeniem społecznym – asekuracją przed skutkami ryzyka socjalnego, co uwydatnił Julian Auleytner w autorskiej definicji polityki społecznej¹⁴. Ryzyko stanowi zatem podstawową kategorię w strukturze systemu bezpieczeństwa (oraz zabezpieczenia społecznego), którego głównym celem jest zapewnienie „wolności od zagrożeń”. Zgodnie z tym polityka społeczna wyznacza zakres bezpieczeństwa socjalnego, ustalając katalog ryzyka socjalnego, na przykład katalog wyrażony w Konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy – dokumencie

¹¹ Zob. J. DANECKI: *Uwagi o kwestiach społecznych*. W: *Kwestie społeczne na przełomie stuleci*. Red. G. FIRLIT-FESNAK. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 1998, s. 23–24.

¹² Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, J. MIELECKI: *Aspekty politologiczne*. W: L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, J. MIELECKI: *Wybrane problemy polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1998, s. 88.

¹³ T. SZUMLICZ: *Ubezpieczenia społeczne...*, s. 45.

¹⁴ „Polityka społeczna to działalność państwa, samorządu i organizacji pozarządowych, której celem jest wyrównywanie drastycznych różnic socjalnych między obywatelami, dawanie im równych szans i asekurowanie ich przed skutkami ryzyka socjalnego”. R. SZARFENBERG: *Definicje polityki społecznej*. W: *Wokół teorii polityki społecznej. Szkice i studia dedykowane Profesorowi Janowi Daneckiemu na jubileusz siedemdziesiątych piątych urodzin*. Red. B. RYSZ-KOWALCZYK, B. SZATUR-JAWORSKA. Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2003, s. 51.

dotyczącym minimalnych norm zabezpieczenia społecznego¹⁵, który obejmuje:

- zagrożenie zdrowia pochodzące z różnych źródeł, ale wywołujące podobne skutki, które wyrażają się w niemożności zarobkowania i w związku z tym w braku środków finansowych na pokrycie leczenia;
- zagrożenie starością, zwłaszcza brak możliwości uzyskiwania dochodu, a w dalszych stadiach – niesamodzielność i uzależnienie od innych osób;
- zagrożenie trwałą niepełnosprawnością i związaną z nią trwałą niezdolnością do zarobkowania;
- zagrożenie bezrobociem i brakiem źródeł utrzymania, warunkowanymi niedoskonałością systemu ekonomicznego;
- zagrożenie czasową niezdolnością do zarobkowania z powodu połogu i późniejszej opieki nad dzieckiem;
- zagrożenie osób niezdolnych do pracy, utrzymywanych przez pracownika, śmiercią ich żywiciela¹⁶.

Zestawienie tychże rodzajów ryzyka nie stanowi jednak wykazu trwałego w tym sensie, że ulega on przemianom wynikającym z szerszych procesów natury społecznej (nowe zjawiska społeczne, między innymi rozkład życia rodzinnego, samodzielne rodzicielstwo, postępujący proces starzenia się społeczeństwa), gospodarczej (postęp technologiczny) czy politycznej, powodujących powstawanie nowych kategorii w katalogu ryzyka.

Zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego stanowi zatem główny cel systemu zabezpieczenia społecznego, którego zakres definicyjny, ze względu na brak definicji ustawowej w Polsce, można przytoczyć za Trybunałem Konstytucyjnym – jest to „system urządzeń i świadczeń służących zaspokojeniu usprawiedliwionych potrzeb obywateli, którzy utracili lub doznali ograniczenia zdolności do pracy albo zostali obciążeni nadmiernie kosztami utrzymania rodziny. W skład tak pojętego zabezpieczenia społecznego wchodzi trzy instytucje prawne: ubezpieczenia społeczne, zaopatrzenie społeczne i pomoc społeczna. Pomoc społeczna ma w odniesieniu do ubezpieczenia czy zaopatrzenia społecznego charakter uzupełniający”¹⁷.

Przywołana definicja koresponduje z definicją, jaką zaproponował Jerzy Piotrowski, który pod pojęciem zabezpieczenia społecznego rozu-

¹⁵ Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego. Dz.U. 2005, nr 93, poz. 775.

¹⁶ Zob. J. PIOTROWSKI: *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*. Warszawa, Książka i Wiedza, 1966, s. 87.

¹⁷ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 września 1993 roku. Sygn. akt K 17/92.

mie „całokształt środków i działania instytucji publicznych, za pomocą których społeczeństwo stara się zabezpieczyć swych obywateli przed niezawinionym przez nich niedostatkiem, przed groźbą niemożności zaspokojenia podstawowych, społecznie uznanych za ważne potrzeb”¹⁸. Wartość eksplanacyjna tej definicji koncentruje się zatem na bezpieczeństwie socjalnym (jako elemencie bezpieczeństwa społecznego), które powinien zapewnić system polityczny, a zwłaszcza państwo oraz jego agendy, jako że przejęły współodpowiedzialność za kształtowanie zakresu oraz poziomu bezpieczeństwa socjalnego.

Z kategorią bezpieczeństwa socjalnego połączyły politykę społeczną Barbara Szatur-Jaworska oraz Grażyna Firlit-Fesnak, które uznały, że polityka społeczna to „celowa działalność państwa i innych organizacji w dziedzinie kształtowania warunków życia i pracy ludności oraz stosunków społecznych, mająca na celu między innymi zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego, zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu, zapewnienie ładu społecznego”¹⁹.

Bezpieczeństwo socjalne stanowi także podstawę pokoju społecznego w podejściu, jakie prezentuje L. Dziewięcka-Bokun, która powołując się na Antoniego Rajkiewicza, istoty bezpieczeństwa socjalnego upatruje w gwarancjach uzyskania pomocy zewnętrznej (pozarodzinnej) w przypadkach zdarzeń losowych i w innych sytuacjach prawem bądź umowami określonych²⁰. Zdefiniowane w ten sposób bezpieczeństwo socjalne stanowi, zdaniem L. Dziewięckiej-Bokun, jedną z najistotniejszych wartości oraz potrzeb społecznych, która znalazła trwałe miejsce wśród podstawowych praw obywatelskich ustrojów demokratycznych²¹.

Posiłkując się pojęciami charakterystycznymi dla polityki społecznej, można także wyznaczyć wartości istotne dla zapewnienia bezpieczeństwa społecznego. Z powodu jednakże różnych orientacji metodologicznych oraz teoretycznych niemożliwe okazuje się przedstawienie jednej definicji polityki społecznej, z czego także wynika brak koherentnego katalogu celów. Najczęściej podkreślane cele polityki społecznej zawarto w tabeli 4.

¹⁸ J. PIOTROWSKI: *Zabezpieczenie społeczne...*, s. 28.

¹⁹ B. SZATUR-JAWORSKA, G. FIRLIT-FESNAK: *Leksykon pojęć socjalnych. Wybrane terminy z polskiej i niemieckiej polityki społecznej, pomocy społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 1994, s. 3.

²⁰ Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN: *Bezpieczeństwo socjalne jako podstawa pokoju społecznego*. W: *Między tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*. Red. J. SUPERNAT. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2009, s. 131.

²¹ Zob. *ibidem*.

TABELA 4

Wybrane katalogi celów polityki społecznej w kontekście bezpieczeństwa socjalnego

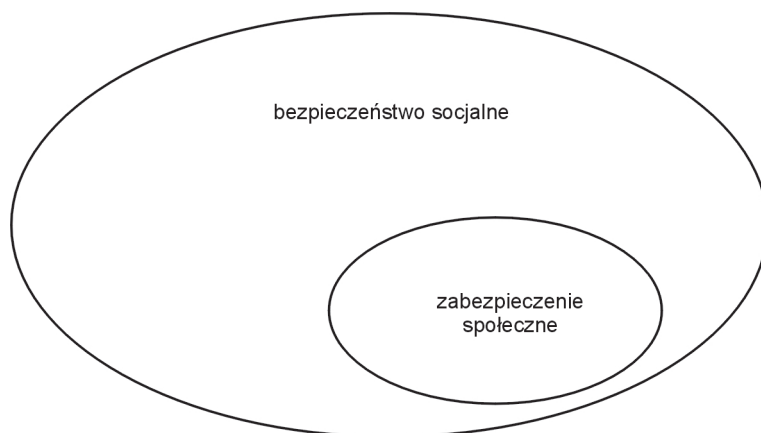
Autor	Cele polityki społecznej
Gøsta Esping-Andersen	<ul style="list-style-type: none"> – łagodzenie nierówności i ubóstwa – zmniejszanie społecznego ryzyka – optymalizacja dystrybucji pomyślności
Thomas H. Marshall	<ul style="list-style-type: none"> – eliminowanie ubóstwa – maksymalizacja dobrobytu – osiągnięcie równości
Ludmiła Dziewięcka-Bokun Jerzy Mielecki*	<ul style="list-style-type: none"> – promocja produktywności – inwestycje w rozwój człowieka – inwestycje w kapitał ludzki
Józef Orczyk**	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie poczucia bezpieczeństwa egzystencjalnego (przede wszystkim ekonomicznego) – wypracowanie i utrzymanie sieci zobowiązań gwarantowanych przez państwo w celu osiągnięcia tegoż bezpieczeństwa
Antoni Rajkiewicz	<ul style="list-style-type: none"> – kształtowanie warunków pracy i bytu ludności (warunków życia) – optymalne zaspokojenie potrzeb ludzkich
Wacław Szubert	<ul style="list-style-type: none"> – poprawa warunków bytu i pracy ludności – usuwanie nierówności społecznych – podnoszenie kultury życia
Adam Kurzynowski***	<ul style="list-style-type: none"> – kształtowanie warunków pracy i bytu ludności – kształtowanie prorozwojowych struktur społecznych – kształtowanie stosunków społecznych opartych na równości i sprawiedliwości społecznej – zaspokajanie potrzeb społecznych na dostępnym poziomie

* J. MIELECKI: *Polityka społeczna*. W: L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, J. MIELECKI: *Wybrane problemy polityki społecznej...*, s. 12.** J. ORCZYK: *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*. Poznań, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, 2008, s. 17.*** A. KURZYNOWSKI: *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. KURZYNOWSKI. Warszawa, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, 2003, s. 11.ŹRÓDŁO: R. SZARFENBERG: *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2006, s. 163–169.

Teleologiczny wymiar bezpieczeństwa społecznego odnieść można zatem do polityki społecznej jako nauki wyznaczającej katalog wartości, które podlegają ochronie. Katalog ten można sprowadzić do trzech podstawowych pojęć: zapewnienia bytu – bezpieczeństwa socjalnego, gwarancji rozwoju oraz eliminowania nierówności społecznych i ubóstwa.

Bezpieczeństwo socjalne w obliczu dokonanych rozważań jawi się jako kategoria wiążąca się zasadniczo z zabezpieczeniem społecznym za pośrednictwem katalogu ryzyka socjalnego oraz wynikających z nich trudności w zapewnieniu materialnych środków do życia (schemat 9).

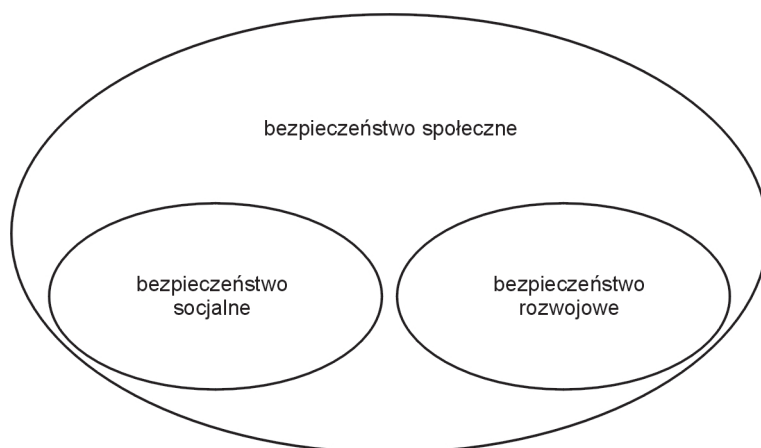
Relacje między bezpieczeństwem socjalnym a zabezpieczeniem społecznym



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Odmiennej sposób definiowania bezpieczeństwa społecznego zaproponował Ryszard Szarfenberg²². Nawiązując do definicji M. Księżopolskiego, postuluje wyróżnienie bezpieczeństwa socjalnego oraz bezpieczeństwa rozwojowego, które wyznaczają składowe bezpieczeństwa społecznego (schemat 10).

Koncepcja bezpieczeństwa społecznego w ujęciu Ryszarda Szarfenberga



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: R. SZARFENBERG: *Bezpieczeństwo socjalne a wykluczenie społeczne...*

²² Zob. R. SZARFENBERG: *Bezpieczeństwo socjalne a wykluczenie społeczne*. Referat wygłoszony na konferencji *Bezpieczeństwo socjalne* w Ustroniu w 2003 roku. <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/> [data dostępu: 15.02.2017].

Bezpieczeństwo społeczne stanowi zatem koncepcję szerszą niż bezpieczeństwo socjalne, wykracza bowiem poza sferę ekonomiczną i oznacza „stan wolności od niedostatku materialnych środków utrzymania i istnienie realnych gwarancji pełnego rozwoju jednostek”²³. Socjalny aspekt bezpieczeństwa społecznego wyraża się w zapewnieniu „realnych gwarancji minimalnie wystarczających środków utrzymania”²⁴, umożliwiających formalny oraz rzeczywisty dostęp do systemu zabezpieczenia społecznego urzeczywistniającego ideę praw socjalnych²⁵.

Stanowisko R. Szarfenberga podziela również Marek Leszczyński – bezpieczeństwo społeczne rozumie on jako „całością działań prawnych, organizacyjnych realizowanych przez podmioty rządowe (krajowe i międzynarodowe), pozarządowe i samych obywateli, które mają na celu zapewnienie pewnego poziomu życia osobom, rodzinom i grupom społecznym oraz niedopuszczenie do ich marginalizacji i wykluczenia społecznego”²⁶. Drugi komponent bezpieczeństwa społecznego stanowi, według M. Leszczyńskiego, kreowanie warunków rozwojowych wspierających aktywne uczestnictwo jednostek oraz grup społecznych w tworzeniu dochodu, głównie dzięki udziałowi w rynku pracy i doprowadzeniu do samodzielności ekonomicznej tych podmiotów²⁷.

Kategorię rozwoju, jako integralny element bezpieczeństwa społecznego, eksponuje Aleksandra Skrabacz, uznając bezpieczeństwo społeczne za jedną z kategorii bezpieczeństwa narodowego, która „oznacza ochronę egzystencjalnych podstaw życia ludzi, zapewnienie możliwości zaspokojenia indywidualnych potrzeb (materialnych i duchowych) oraz realizację aspiracji życiowych przez tworzenie warunków do pracy i nauki, ochronę zdrowia oraz gwarancje emerytalne”²⁸.

Funkcjonalny związek bezpieczeństwa społecznego z polityką społeczną odnaleźć można także w zapisach *Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej* z 2007 roku – bezpieczeństwo społeczne bowiem wyszczególniono jako ważny składnik koncepcji strategicznej, a kluczowym celem działań państwa w obszarze bezpieczeństwa społecznego stało się zapewnienie poprawy jakości życia obywateli, co „wymaga [...] prowadzenia aktywnej polityki społecznej – przede wszystkim radykalnego ograniczania sfery ubóstwa i zmniejszenia obszarów wyclu-

²³ M. KSIĘŻOPOLSKI [hasło]: *Bezpieczeństwo socjalne...*, s. 20.

²⁴ R. SZARFENBERG: *Bezpieczeństwo socjalne...*, s. 3.

²⁵ Zob. ibidem.

²⁶ M. LESZCZYŃSKI: *Bezpieczeństwo społeczne a bezpieczeństwo państwa*. Kielce, Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, 2009, s. 37.

²⁷ Zob. ibidem.

²⁸ A. SKRABACZ: *Bezpieczeństwo społeczne...*, s. 38.

czenia społecznego poprzez wzrost realnych dochodów wszystkich grup społecznych oraz zmniejszenie stopy bezrobocia. Działania instytucji państwowych winny mieć również na celu zapobieżenie nadmiernemu rozwarstwieniu społecznemu oraz politykę wyrównywania różnic w rozwoju społecznym poszczególnych regionów”²⁹.

Wyznaczone w *Strategii Bezpieczeństwa Narodowego RP* kierunki działań znalazły się także pośród zapisów *Białej Księgi Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej* – uznano, że aktywność państwa w sferze bezpieczeństwa społecznego powinna się skupić na wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa socjalnego, tak aby zapobiec rozwarstwieniu i wykluczeniu społecznemu, „między innymi poprzez dostęp wszystkich obywateli do wytwarzanych dóbr, umożliwiający zaspokojenie przynajmniej ich podstawowych potrzeb”³⁰.

Powinność zagwarantowania możliwości rozwoju wynika także z zapisów nowej *Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*, ponieważ zasadniczym celem działań państwa w obszarze bezpieczeństwa społecznego jest „stworzenie bezpiecznych warunków godziwego życia obywateli oraz rozwoju duchowego i materialnego narodu”, a w sferze bezpieczeństwa socjalnego – „zmniejszanie ubóstwa i wykluczenia społecznego poprzez aktywizację, w szczególności na rynku pracy, osób wykluczonych i zagrożonych ubóstwem”³¹.

Współczesne państwo stanowi wobec tego zasadniczy gwarant bezpieczeństwa, w tym także bezpieczeństwa społecznego, z czym wiąże się zapewnienie obywatelom ram rozwojowych, między innymi dzięki adekwatnej polityce społecznej. Działania organów państwa powinny zatem zmierzać do formowania takiego kanonu bezpieczeństwa społecznego, który z jednej strony zapewni system wspierania rozwoju jednostki i realizacji jej aspiracji życiowych, z drugiej zaś – zagwarantuje ochronę przed ubóstwem i jego skutkami, gdyż krytyczne sytuacje w życiu jednostek i rodzin warunkują niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb, a tym samym generują utratę poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Państwo, przyjmując rolę podstawowego gwaranta bezpieczeństwa społecznego, może implementować odmienne strategie w zakresie bez-

²⁹ *Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa 2007, s. 16. <http://www.bbn.gov.pl/pl/publikacje-i-dokumenty/dokumenty/1144,dok.html> [data dostępu: 15.02.2017].

³⁰ *Biała Księga Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa 2013, s. 182. <http://www.spbn.gov.pl/> [data dostępu: 15.02.2017].

³¹ *Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa 2014, s. 35–37. <https://www.bbn.gov.pl/ftp/SBN%20RP.pdf> [data dostępu: 15.02.2017].

pieczeństwa społecznego³², dlatego też w poszczególnych krajach przybrały one różnorodne formy – modele³³.

Po pierwsze, instytucje państwa mogą stymulować rozwój systemu ubezpieczeń społecznych, stanowiących naturalną barierę przed nadmiernymi żądaniem redystrybucji dochodów, na przykład w sytuacji ryzyka bezrobocia czy choroby. Polityka publiczna w zakresie bezpieczeństwa społecznego chroni zatem właścicieli kapitału przed negatywnymi konsekwencjami swobodnej gry sił rynkowych, zapewniając tym samym pokój społeczny. Rozwijanie systemu bezpieczeństwa społecznego oparte jedynie na instytucjach państwa uznane jest w modelu liberalnym za niepożądane, generuje bowiem negatywne skutki w postaci osłabienia motywacji do pracy oraz przeniesienia odpowiedzialności za własne bezpieczeństwo socjalne na instytucje państwa. Konsekwencją liberalnego podejścia do bezpieczeństwa socjalnego jest zasada, że to sama jednostka powinna zadbać o swoje bezpieczeństwo w ramach indywidualnej przeczorności, która może wyrażać się na przykład w zakupie polis ubezpieczeniowych czy lokat bankowych na starość. Transfer świadczeń oraz usług socjalnych dla osób, które nie są w stanie samodzielnie zaspokoić istotnych potrzeb życiowych, zapewniony jest na minimalnym poziomie, a jego wyższy pułap może zapewnić jedynie wolny rynek.

Po drugie, państwo może zagwarantować wszystkim obywatelom minimalny dochód stanowiący podstawę państwa bezpieczeństwa socjalnego, które urzeczywistnia ideę społeczeństwa równych szans. Powstanie państwa bezpieczeństwa socjalnego stanowiło odpowiedź na brak równowagi między wolnością ekonomiczną a równością polityczną w systemie kapitalistycznym – wówczas podsystem socjalny przejął funkcję stabilizatora³⁴. Skuteczność państwa bezpieczeństwa socjalnego polega na tym, że daje możliwość życia z konfliktem socjalnym³⁵. Konflikt ten niejako łagodzony jest za pomocą zasady kompensacji – wyrównywania strat, jakie ponoszą jednostki wskutek szczególnej organizacji życia. Kompensacja uruchamia własną dynamikę, która przekształca państwo opiekuńcze w państwo bezpieczeństwa socjalnego³⁶. Niklas Luhmann

³² Zob. M. KSIĘŻOPOLSKI: *Modele polityki społecznej*. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 1999, s. 10.

³³ Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, A. PAWŁOWSKA: *Bezpieczeństwo społeczne...*, s. 15.

³⁴ Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, J. MIELECKI: *Aspekty politologiczne...*, s. 87.

³⁵ Zob. R. DAHRENDORF: *Nowoczesny konflikt społeczny. Esej o polityce wolności*. Tłum. S. BRATKOWSKI, W. NIEPOKÓLCZYCKI, B. ORŁOWSKI, E. SZCZEPAŃSKA, W. WERTENSTEIN. Warszawa, Czytelnik, 1993, s. 75.

³⁶ Zob. N. LUHMANN: *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*. Przeł. i opatrzyła wstępem G. SKĄPSKA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994, s. 20–21.

wyróżnia ponadto trzy obszary zagadnień, które różnicują wskazane formy państwa:

- problemy w zakresie ochrony środowiska naturalnego, których źródeł należy upatrywać w procesach intensywnej industrializacji, a które wymagają zastosowania instrumentów politycznych, aby je rozwiązać;
- wzrastające koszty państwa bezpieczeństwa socjalnego;
- ulegające gruntownym zmianom nowoczesne społeczeństwo, zwłaszcza w sferze motywacji i postaw osób korzystających z bezpieczeństwa socjalnego³⁷.

Uwzględniając te warunki, państwo bezpieczeństwa socjalnego kształtuje strukturę społeczną, także zgodnie z kategorią obywatelstwa socjalnego, która „wyrażała zasadnicze zmiany w egalitarnych zasadach wbudowanych w status obywatela”³⁸. Socjalny komponent obywatelstwa stanowi więc gwarant bezpieczeństwa, ochronę przed negatywnymi konsekwencjami wynikającymi z wolnej gry sił rynkowych. Zapewniona w rezultacie ochrona w sferze socjalnej, zdrowia, czy też edukacji dopełnia wolność jednostek. Państwo bezpieczeństwa socjalnego, urzeczywistniając inkluzję polityczną, nie tylko zapewnienia podnoszenie minimalnych standardów socjalnych (na przykład pracy, wynagrodzenia, świadczeń zdrowotnych, zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych), ale także gwarantuje uznanie szczególnych życiowych problemów za zadania stojące przed instytucjami państwa. Stale poszerzający się katalog potrzeb obywateli powoduje dalsze przeobrażenia samej polityki społecznej, co warunkuje przemiany w systemie bezpieczeństwa społecznego.

Trzecia strategia bezpieczeństwa społecznego zasadza się na zapewnieniu równych warunków rozwoju przez wyrównanie warunków życia, czyli na realizacji idei państwa dobrobytu społecznego. Realizację procesu zaspokajania istotnych potrzeb w zakresie tak zwanego standardu życia zapewniają zaplanowane działania instytucji państwa. Polityka społeczna, odgrywając rolę redystrybucyjną, gwarantuje pożądaną poziom społecznego dobrobytu oraz bezpieczeństwa socjalnego. Istotną wartością gwarantowaną przez system polityczny stała się sprawiedliwość społeczna, zapewniająca „korektę mechanizmów zróżnicowania społecznego w sytuacji, kiedy przyjmują one postać obiektywnie nieuzasadnioną”³⁹. Podstawą przyjęcia takiego rozwiązania jest zasada

³⁷ Zob. ibidem, s. 21–22.

³⁸ T.H. MARSHALL: *Class, Citizenship and Social Development*. W: *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*. Red. K.W. FRIESKE, P. POŁAWSKI. Warszawa, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1997, s. 38.

³⁹ A. SUWAŁSKI: *Niektóre ekonomiczno-społeczne aspekty sporu o sprawiedliwość społeczną*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2002, z. 1, s. 249.

solidaryzmu społecznego, którego mechanizm ogranicza zasięg wykluczenia społeczno-ekonomicznego oraz jego reprodukcję w następnych pokoleniach. Redystrybucja ma zatem charakter wertykalny – wyrównuje poziom zaspokojenia istotnych potrzeb społecznych, co sprzyja podnoszeniu poziomu spójności społecznej oraz poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Wskazane strategię bezpieczeństwa społecznego (oraz polityki społecznej) nie znajdują jednak bezwzględnej implementacji w poszczególnych państwach, a zatem należy traktować je jako typy idealne⁴⁰. Kraje o względnie szerokich gwarancjach bezpieczeństwa społecznego nadal borykają się ze starymi problemami społecznymi, jak wykluczenie społeczne czy ubóstwo. Ponadto w wyniku przemian natury społeczno-ekonomicznej uwidoczniły się nowe wyzwania w zakresie gwarancji bezpieczeństwa społecznego, do których można zaliczyć:

- kwestie demograficzne, w szczególności proces starzenia się społeczeństwa, który powinien stanowić bodziec do zmian w systemie ubezpieczeń społecznych, ale również w pomocy społecznej; wyzwaniem dla bezpieczeństwa społecznego staje się także ujemny przyrost naturalny, stanowiący przesłankę modyfikacji systemu ochrony rodziny;
- zmiany społeczne na poziomie makro związane na przykład z modyfikacją systemu produkcji, wyrażającą się przejściem od społeczeństw industrialnych do poindustrialnych, bądź z przemianami społeczeństw, w których dominują wartości materialistyczne i wspólnotowe, jak praca i oszczędność, rodzina i naród, na takie, w których dominują wartości postmaterialistyczne i zindywidualizowane, obejmujące jakość własnego życia i możliwość samorealizacji;
- problemy społeczne, których specyfika stanowi przeszkodę w osiągnięciu pokoju społecznego, a tym samym również bezpieczeństwa społecznego; zaliczyć do nich można: długotrwałe bezrobocie i związaną z nim bierność zawodową, ubóstwo oraz wzrastające nierówności społeczno-ekonomiczne, wykluczenie społeczne grup, na przykład osób starszych, niepełnosprawnych, imigrantów⁴¹.

Ważnym wyzwaniem dla polityki bezpieczeństwa społecznego stał się kryzys państwa *welfare state*, kryzys, którego symptomy rozpatrywać można na trzech płaszczyznach:

- Negatywnych skutków gospodarczych, wyrażających się w wysokich kosztach, które przekładają się na negatywny wpływ na rozwój

⁴⁰ Zob. L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, A. PAWŁOWSKA: *Bezpieczeństwo społeczne...*, s. 16.

⁴¹ Na podstawie: J. GIERSEWSKI: *Bezpieczeństwo społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2013, s. 132.

społeczno-gospodarczy. Szeroki zakres redystrybucji dochodów powoduje przegraną w konkurencji światowej. Występuje również deficyt budżetowy – przejaw nierównowagi gospodarczej, rosną koszty obsługi długu publicznego.

- Negatywnych skutków społecznych, które wynikają z rozbudowanej opieki socjalnej państwa; ta, osłabiając indywidualną przezorność oraz zmniejszając zdolności przystosowania się do zmieniających się warunków życia, powoduje obniżenie poziomu oszczędności, a w konsekwencji – również inwestycji. Rozbudowany system bezpieczeństwa socjalnego skutkuje osłabieniem tradycyjnych więzi społecznych, w tym rodzinnych. Ulegająca przemianom rola rodziny w połączeniu z osłabionym systemem motywacji do zawierania małżeństw oraz rodzenia dzieci prowadzi w konsekwencji do starzenia się społeczeństwa.
- Niedostosowania instytucji *welfare state* do nowych wyzwań społecznych, nowych kwestii socjalnych w epoce poindustrialnej, takich jak: starzenie się populacji, zmiany w kształtowaniu się rodziny oraz pozycji kobiet na rynku pracy, zmiany w strukturze zatrudnienia, szerzące się ubóstwo oraz wykluczenie społeczne⁴².

Analiza bezpieczeństwa społecznego wymaga podkreślenia faktu, że wyzwania generujące nowe sytuacje wymagają adekwatnych działań państwa w celu zapewnienia optymalnego stanu bezpieczeństwa społecznego. Efektywne kształtowanie polityki bezpieczeństwa społecznego zależy jednak w znacznym stopniu od racjonalnego identyfikowania wyzwań. Doniosłą rolę w tym procesie odgrywa i odgrywać będzie polityka społeczna jako instrument państwowych gwarancji bezpieczeństwa społecznego w wyłaniających się nowych obszarach aktywności.

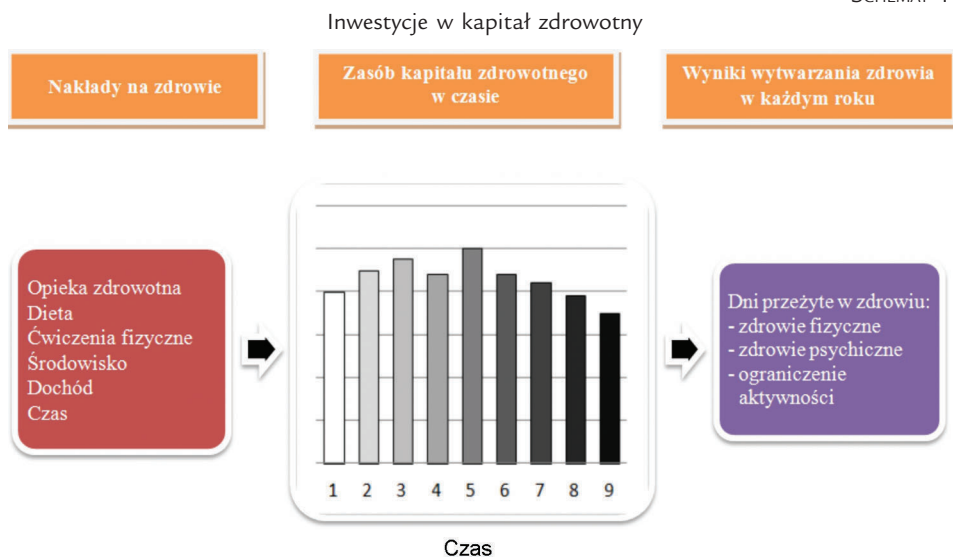
Postulowanej kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego grozić może marginalizacja, a nawet nieistotność naukowa, jeśli nie będzie można wykazać jej przydatności w nauce. Przedmiotem rozważań musi stać się zatem możliwość zastosowania instrumentu poznawczego w postaci kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego do deskrypcji, ale przede wszystkim do analizy oraz wyjaśnienia zjawisk z zakresu zdrowia i systemu zdrowotnego w nauce o polityce społecznej.

Pierwszym istotnym obszarem, w którym zasadne wydaje się stosowanie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego jako instrumentu poznawczego, jest zagadnienie kapitału zdrowotnego – koncepcji zaczerpniętej z ekonomii zdrowia, która traktuje zdrowie w szczególny sposób, jako

⁴² S. GOLINOWSKA: *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*. „Polityka Społeczna” 2005, nr 11–12, s. 1–4.

swoisty kapitał umożliwiający jednostkom prowadzenie rozumnego, kreatywnego oraz satysfakcjonującego je życia. Kapitał zdrowotny można zatem scharakteryzować w kategoriach: sprawności fizycznej, statusu immunologicznego, odziedziczonych cech fizycznych, uszkodzeń, a także predyspozycji do schorzeń. Kapitał ten zmniejsza się z biegiem życia, co wynika głównie ze zdarzeń powodujących uszczerbek na zdrowiu (na przykład ze stresów), z destruktywnych zachowań (na przykład palenia papierosów czy zażywania narkotyków) lub też na skutek wypadków czy zmian degeneracyjnych spowodowanych upływającym czasem⁴³. Kapitał zdrowotny można jednakże swoiście uzupełniać dzięki zachowaniom prozdrowotnym, które przynoszą efekt końcowy w postaci tak zwanych dni przeżytych w zdrowiu (schemat 11).

SCHEMAT 11



ŹRÓDŁO: S. FOLLAND, A.C. GOODMAN, M. STANO: *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Przeł. M. KORONA, M. SICIAREK. Warszawa, Oficyna a Wolters Kluwer business, 2013, s. 244.

Kapitał zdrowotny określa się również mianem kapitału biologicznego, ujmowanego jako „zespół względnie trwałych cech psychofizycznych istotnych z punktu widzenia skutecznej adaptacji jednostek do obowiązujących reguł systemowych, takich zatem, które mogą się ujawnić jako czynniki ułatwiające lub przyspieszające (a niekiedy wręcz umożliwiające) sukces w określonych dziedzinach i sektorach życia społecznego,

⁴³ Zob. M. BLAXTER: *Zdrowie*. Tłum. M. OKŁA. Warszawa, Wydawnictwo Sic!, 2009, s. 85.

albo też mogą być dla tego sukcesu przeszkodą”⁴⁴. Kapitał biologiczny determinują zatem: zdrowie pojmowane negatywnie, jako brak choroby, ale również sprawność fizyczna oraz umysłowa. Powstały zasób zdrowia warunkuje realizację potrzeb i aspiracji jednostek, pełnienie przez nie ról społecznych oraz możliwość przystosowania się do zmieniających się warunków zewnętrznych.

Znaczącym aspektem kapitału zdrowotnego jest akcentowanie faktu, że jako zasób zdrowie nie stanowi jedynie prywatnego przedmiotu zainteresowania jednostek. Podkreśla się bowiem jego naturę jako dobra publicznego, a tym samym ogólnospołecznego. Zapewnienia kapitału zdrowia nie można zatem pozostawiać wyłącznie w sferze wolności oraz zmienności stanów jednostki. Musi ono podlegać regulacjom prawnym.

Pole badawcze bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach kategorii kapitału zdrowotnego sprowadza się więc do analizy czynników wpływających na posiadany przez jednostki, które mieszkają na określonym obszarze, zasób zdrowia. Wskazane czynniki można następnie pogrupować według zasady istotności, tworząc na przykład strefy deficytów kapitału zdrowotnego. Dysponowanie tak nakreślonym schematem sprawia, że uprawnione stają się wysuwane wnioski, charakteryzują się bowiem obiektywizmem.

Zdrowie ujmowane w kategoriach kapitału stanowi szczególną determinantę nierówności społecznych (nierówności w sferze zdrowia), będących kolejną płaszczyzną, którą można rozpatrywać za pomocą kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego. Analiza może koncentrować się na trzech zasadniczych nierównościach:

- nierówności w stanie zdrowia;
- nierówności w dostępie do zasobów pozwalających na utrzymanie dobrego zdrowia;
- nierówności szans, które wynikają ze społecznych, ekonomicznych i geograficznych uwarunkowań zdrowia.

Nierówności w stanie zdrowia stanowią efekt oddziaływania wielu czynników, zarówno w sferze indywidualnej, jak i w populacji. Podkreśla się, że nierówności w zdrowiu to „systematyczne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, występowaniu bądź dotkliwości problemów zdrowotnych pojedynczych osób i grup osób wyodrębnionych ze względu na czynniki społeczne, demograficzne, środowiskowe, geograficzne itp.”⁴⁵. Nierówności w stanie zdrowia obejmują zatem

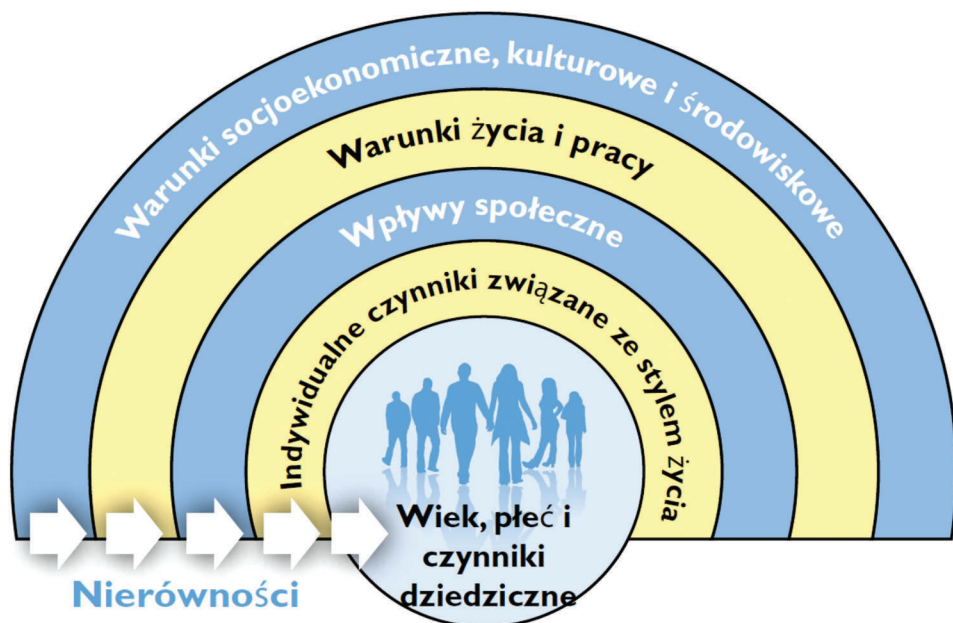
⁴⁴ R. DROZDOWSKI: *Prze-porządkowanie społecznych nierówności*. W: *Porządek społeczny a wyzwania współczesności*. Red. A. SAKSON. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM, 2005, s. 273.

⁴⁵ I. ŁASKOWSKA: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, s. 88.

wpływ środowiska naturalnego, ale również społecznego na życie jednostek, w szczególności na stan ich zdrowia (schemat 12).

SCHEMAT 12

Model determinantów zdrowia oraz nierówności w stanie zdrowia



ŹRÓDŁO: I. STEGEMAN, C. COSTONGS, C. NEEDLE: *Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE*. [B.m.w.] 2010, s. 7. <http://eurohealthnet.eu/publication/determine> [data dostępu: 15.02.2017].

Zasadniczymi czynnikami determinującymi nierówności w zdrowiu są następujące kategorie: styl życia, jakość środowiska naturalnego, wykonywanie pracy zarobkowej (lub jej brak), warunki mieszkaniowe, wielkość dochodu (lub jego brak), utrzymywanie więzi społecznych (lub wykluczenie społeczne). Wskazane uwarunkowania występują jednakże w systemie wzajemnych powiązań, co skutkuje oddziaływaniem zarówno na zdrowie jednostki, jak i na zdrowie populacji.

Istotne znaczenie w analizie nierówności w stanie zdrowia odgrywa wykluczenie społeczne. Korelacje między wykluczeniem społecznym a zdrowiem oraz jego ochroną przedstawił C.W. Włodarczyk w postaci trzech zasadniczych interpretacji⁴⁶.

⁴⁶ Zob. C.W. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*. W: *Polityka zdrowotna wobec dostępności, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu*. Red. S. GOLIŃSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2007, s. 34.

W ujęciu pierwszym wykluczenie jest tożsame z trwałym lub do-
rażnym brakiem dostępu do systemu ochrony zdrowia, który to brak
ma różne źródła oraz różny stopień natężenia. Najczęściej wynika on
z braku pracy oraz związanego z tym dochodu, który stanowi tytuł
do ubezpieczenia społecznego, zatem brak opłacanej składki może
spowodować wykluczenie z dostępu do świadczeń systemu ochrony
zdrowia.

Podejście drugie definiuje wykluczenie w ochronie zdrowia jako
skutek niekorzystnego położenia jednostek – wykluczenie z dostępu
do zdrowia. Pozycja społeczna bowiem silnie determinuje stan zdrowia
jednostek, zwłaszcza sposoby korzystania z systemu ochrony zdrowia.
Niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna wykluczać może z do-
stępu do świadczeń systemu ochrony zdrowia przynajmniej na kilka
sposobów:

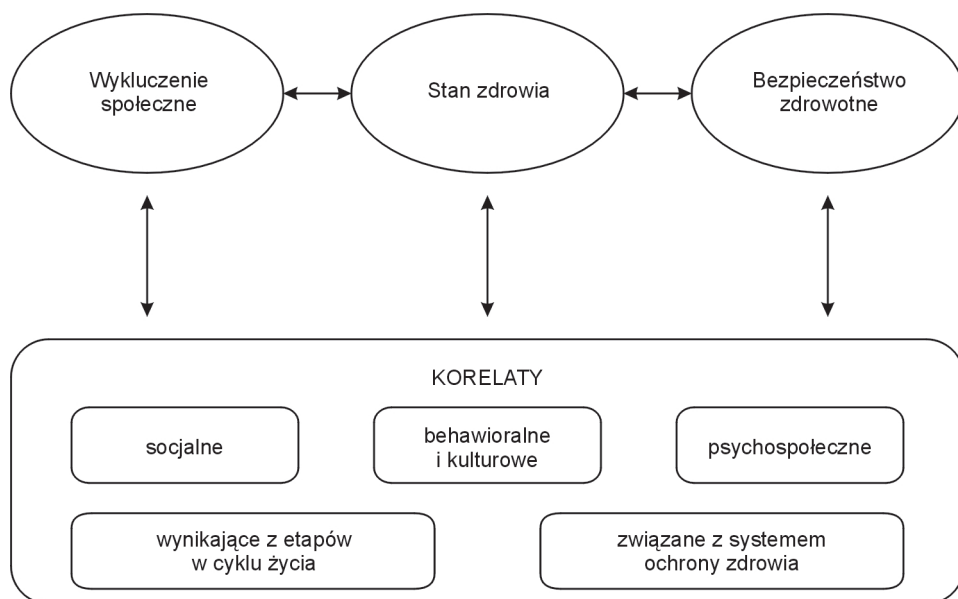
- niedostatek środków finansowych uniemożliwia korzystanie z usług
medycznych, świadczonych przez niepublicznych świadczeniodaw-
ców, wówczas, gdy system usług medycznych finansowanych ze
środków publicznych nie dopuszcza takiej możliwości;
- jednostki o niższych dochodach, z mniejszą skutecznością artyku-
lujące swoje potrzeby, mogą podlegać swoistemu wypchnięciu z sy-
stemu;
- niski poziom wykształcenia, przekładający się na nieznanomość praw
pacjenta, a także przysługujących świadczeń medycznych, wzmacnia
wykluczenie zarówno ze zdrowia, jak i z jego ochrony.

W interpretacji ostatniej postrzega się zły stan zdrowia jako przy-
czynę wykluczenia społecznego, utrudnia bowiem lub uniemożliwia
podejmowanie ról społecznych. Poprawa stanu zdrowia populacji wy-
maga zatem podniesienia stanu świadomości zdrowotnej, propagowania
zdrowego stylu życia przez promocję oraz profilaktykę zdrowia, czyli
podjęcia działań, które prawidłowo prowadzone skutecznie podnoszą
poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego jednostek.

Analiza relacji zachodzących pomiędzy wykluczeniem społecznym
oraz stanem zdrowia i bezpieczeństwem zdrowotnym wymaga zatem
rozpatrzenia współzależności tych zjawisk na wielu płaszczyznach,
a także uwzględnienia sprzężeń zachodzących między nimi (sche-
mat 13).

Do najważniejszych determinantów nierówności w stanie zdrowia
należą warunki bytowe, będące pochodną zamożności. Niski poziom
osiąganych dochodów determinuje warunki życia, takie jak dostępność
do instalacji sanitarnych, możliwość ogrzewania mieszkania, bezpieczne
środowisko zamieszkania (na przykład brak zanieczyszczeń środowi-
ska), ale również wpływa na zachowania prozdrowotne, jak na przykład

Relacje między wykluczeniem społecznym, stanem zdrowia a bezpieczeństwem zdrowotnym



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

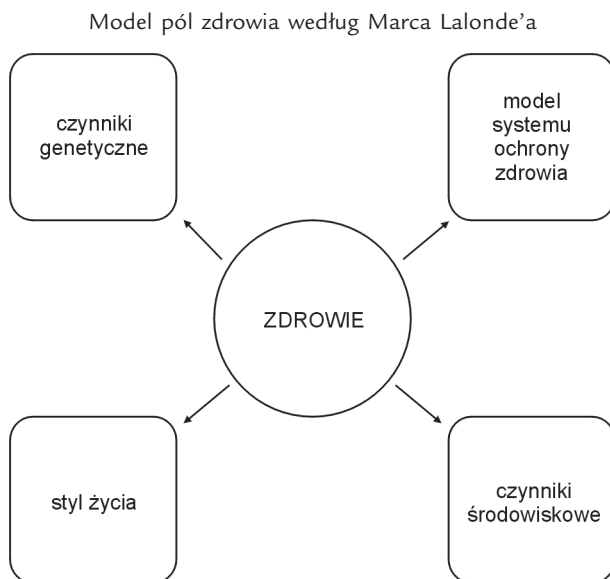
styl odżywiania się, który z jednej strony świadczy o poziomie zamożności, z drugiej zaś odzwierciedla wzór kulturowy – „odziedziczony” bądź nabyty.

Pozostawanie jednostek w sferze wykluczenia społecznego wynikającego między innymi z warunków bytowych powoduje, że w zakresie ochrony zdrowia konieczne staje się przyjęcie strategii dokonywania wyborów realizacji potrzeb zdrowotnych, co przekłada się na odsuwanie bądź rezygnację z innych dóbr, na przykład rzadsze korzystanie z usług specjalistycznych, czy na brak uczestnictwa w programach profilaktycznych.

Zachowania jednostek oraz zmienne charakteryzujące styl ich życia, obejmujące zachowania prozdrowotne (na przykład prawidłowa dieta, aktywność fizyczna), ale również zachowania z katalogu ryzyka zdrowotnego (palenie papierosów, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, zażywanie narkotyków itp.) stanowią także ważne korelaty nierówności w stanie zdrowia. Styl życia jednostek zarówno wynika z predyspozycji osobowych (mentalnych), jak i stanowi pochodną wykształcenia, a także środowiska zamieszkania i promowanych w nim wartości, z którymi jednostka się identyfikuje.

Związek między zachowaniem i stanem zdrowia populacji został podkreślony w koncepcji tak zwanych pól zdrowia przedstawionej przez Marca Lalonde'a⁴⁷ (schemat 14).

SCHEMAT 14



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: M. LALONDE: *A New Perspective on the Health of Canadians...*

Należy jednakże podkreślić, że M. Lalonde w przygotowanym raporcie nie dokonał próby kwantyfikacji oddziaływania poszczególnych grup czynników na stan zdrowia populacji. Przedstawił jedynie analizę przyczyn kształtujących umieralność z powodu wypadków drogowych, wysuwając wniosek, że wskazana wielkość może być uzależniona w 75% od zachowań, w 20% – od czynników środowiskowych, a w 5% – od systemu ochrony zdrowia⁴⁸.

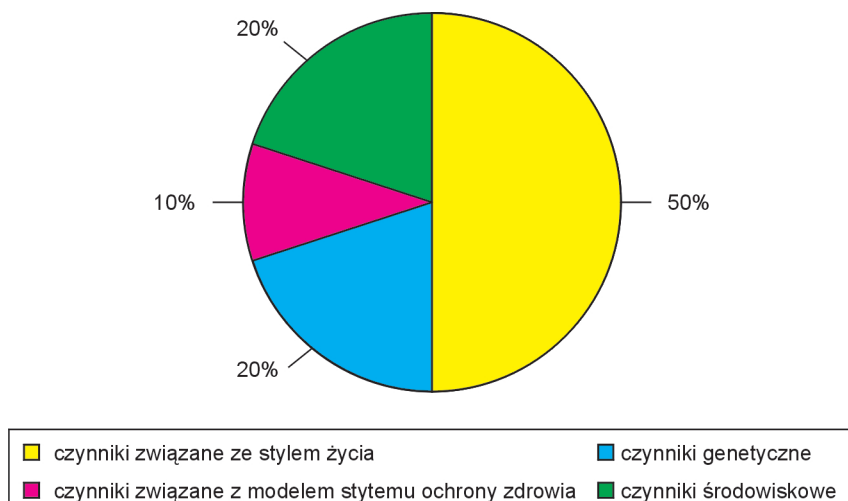
Próbie oszacowania procentowego wpływu czynników na zdrowie przygotował Bernhard Badura, który szacował, że czynniki z koncepcji Lalonde'a wpływają na umieralność z powodu chorób serca w zakresie 25% (biologia), 9% (środowisko), 54% (styl życia) i 12% (ochrona zdrowia), natomiast w odniesieniu do ogólnej umieralności – odpowiednio około 20%, 20%, 50% i 10%⁴⁹.

⁴⁷ Zob. M. LALONDE: *A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document*. Ministry of Supply and Services Canada. [B.m.w.] 1981, s. 31. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php> [data dostępu: 15.02.2017].

⁴⁸ Zob. W.C. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź–Kraków–Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 1996, s. 165.

⁴⁹ Zob. ibidem, s. 165–166.

Zbliżoną strukturę uwarunkowań zdrowia przyjęto w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015*, uznając, że „zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy: styl życia (ok. 50% »udziału«), środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (ok. 20%), czynniki genetyczne (ok. 20%), działania służby zdrowia (ok. 10%)”⁵⁰ (wykres 5).



WYKRES 5. Model uwarunkowań zdrowia wywodzący się z koncepcji Lalonde’a

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*..., s. 10.

Nierówności w stanie zdrowia determinują także czynniki psychologiczne, zwłaszcza wzory radzenia sobie ze stresem, ich efektywność i istotność dla zdrowia. Stres stanowi bowiem element utrudniający lub uniemożliwiający kształtowanie tożsamości jednostki w strukturze społecznej, oddziałuje na możliwość uzyskania pracy i satysfakcjonującego dochodu, generuje również inne stany chorobowe, powodując utratę pewności i poczucia bezpieczeństwa, w tym zdrowotnego⁵¹.

Analizę nierówności w stanie zdrowia można także ująć w dynamicznym układzie wyznaczanym etapami cyklu życia jednostki. Podejście określane mianem „perspektywy cyklu życia” (*life cycle perspective*) bądź „perspektywy całego życia” (*life-course perspective*) pozwala na

⁵⁰ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku, s. 10. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia> [data dostępu: 15.02.2017].

⁵¹ Zob. A. OSTROWSKA: *Nierówności w sferze zdrowia*. „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2, s. 152.

przedstawienie zależności pomiędzy procesami (pozytywnymi oraz negatywnymi) zachodzącymi na kolejnych etapach życia i stanem zdrowia, który w związku z tym jest efektem procesów biologicznych przebiegających na tle społecznym. Podkreśla się, że warunki bytu w okresie młodości i dorastania determinują rozwój kapitału zdrowotnego, wpływają na zachowania zdrowotne, na osiągnięty poziom wykształcenia, a w rezultacie – także na położenie społeczne w życiu dorosłym.

Warunki społeczne, wyznaczone w znacznym stopniu pozostawianiem w sferze wykluczenia społecznego, mogą ulegać swoistemu dziedziczeniu przez przenoszenie ich z pokolenia na pokolenie. Brak dostępu do odpowiedniej diety, warunków bytu, zaniedbania w okresie rozwojowym w jednym pokoleniu przekładają się na niższy poziom kapitału zdrowotnego kolejnego pokolenia.

Nierówności w stanie zdrowia można zatem również definiować jako rezultat trwającej całe życie akumulacji, ekspozycji na niekorzystne warunki, a także braku dostępu do zasobów ujmowanych szerzej niż tylko warunki bytu. Wymagany warunkiem w procesie zmniejszania nierówności w stanie zdrowia staje się zatem zapewnienie równego dostępu do zasobów związanych ze zdrowiem, zwłaszcza inwestycje w edukację i profilaktykę zdrowotną, co wiąże się z prowadzeniem polityki bezpieczeństwa zdrowotnego.

Ostatnim istotnym korelatem determinującym nierówności w stanie zdrowia jest funkcjonujący system ochrony zdrowia, a zwłaszcza dostępność świadczeń medycznych, która wyznacza również zakres bezpieczeństwa zdrowotnego. Zdrowie stanowi bowiem kapitał jednostki, który określając pozycję społeczną oraz możliwości działania, jest jednocześnie kształtowany przez politykę społeczną oraz politykę zdrowotną głównie za pośrednictwem systemu ochrony zdrowia. System ten może jednakże powodować powstawanie nierówności w stanie zdrowia wskutek tworzenia barier w dostępie osób wykluczonych bądź ubogich do usług medycznych, informacji o nich, a nawet wskutek odrzucenia zasady solidarności społecznej, która gwarantuje zakaz selekcji ryzyka zdrowotnego oraz tworzenia grup zmniejszonego ryzyka w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozważania obejmujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia na tle dostępności świadczeń medycznych i nierówności w stanie zdrowia stanowią istotny element badań umożliwiających zarówno określenie kryteriów analizy polityki społecznej oraz polityki zdrowotnej, jak i dokonanie diagnozy efektywności podejmowanych działań. Dogłębna analiza pomóc bowiem może odpowiedzieć na jedno z podstawowych pytań o sposób funkcjonowania wolnego rynku w sferze zdrowia, z jednoczesnym zapewnieniem wszystkim obywatelom jednolitego standardu

bezpieczeństwa zdrowotnego. Bezpieczeństwo zdrowotne nie wyraża się wszak jedynie w bezpiecznych i efektywnych procedurach medycznych, asekuracji przed ryzykiem chorobowym, lecz także w gwarancji dostępu do świadczeń medycznych bez zasadniczych barier, przede wszystkim zgodnie z kryterium potrzeby zdrowotnej, a nie z możliwościami finansowymi. Jednakże realizacja jedynie tej strategii zapewnienia dostępności do świadczeń medycznych rodzi istotne problemy w zakresie funkcjonowania sektora zdrowia przejawiające się zwłaszcza w niedostosowaniu zasobów finansowych do wzrastających oraz zmieniających się w swej strukturze, a także w czasie i przestrzeni potrzeb zdrowotnych, powodując powstawanie nierówności w stanie zdrowia.

Ostatnim rozpoznany obszar, w którym użyteczne może się okazać zastosowanie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego jako instrumentu poznawczego, jest sfera analizy polityki bezpieczeństwa państwa w dziedzinie zdrowia (polityki bezpieczeństwa zdrowotnego), ponieważ problematyka osiągnięcia, a także zachowania optymalnego w danych warunkach ekonomicznych, społecznych czy kulturowych stanu bezpieczeństwa zdrowotnego stanowi jeden z zasadniczych celów państwa oraz jego agend, które przejęły współodpowiedzialność za kształtowanie zakresu, a także poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Jednakże stopień złożoności zjawisk natury zarówno społecznej, jak i przyrodniczej powoduje, że pomimo opanowania wielu systemowych metod pozwalających na ograniczenie skutków zagrożeń bezpieczeństwa życia jednostek i społeczności należy podkreślić fakt, że ludzkiej egzystencji w sposób ciągły towarzyszy swoisty negatywny potencjał skumulowany w otaczającym świecie, przyjmując konkretne formy zjawisk i zdarzeń wpływających na bezpieczeństwo zdrowotne, a tym samym także na stan zdrowia.

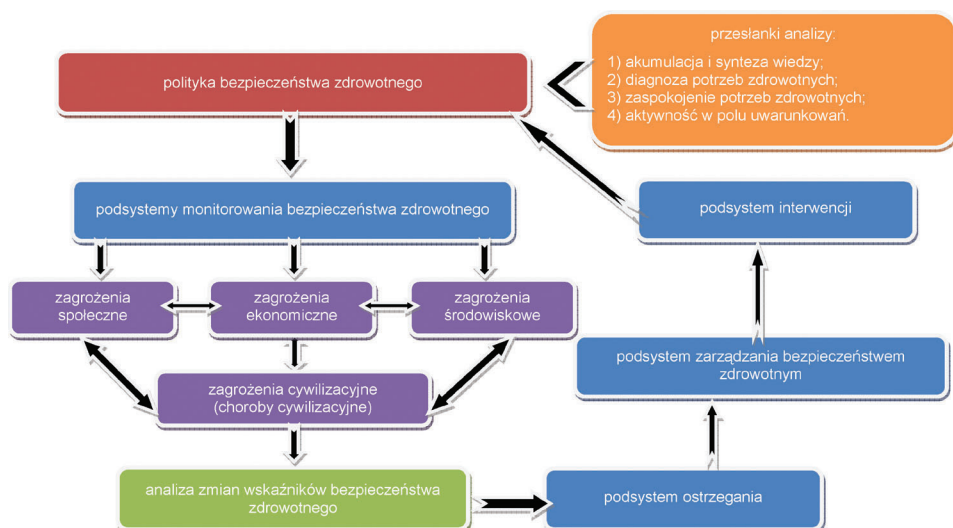
Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego stanowi proces, którego zakres podlega dynamicznym przeobrażeniom adekwatnie do zmieniających się uwarunkowań, również politycznych – nie stanowi zatem wartości stałej, wskutek czego jednym z ważniejszych działań w sferze zagwarantowania odpowiedniego poziomu zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa zdrowotnego w skali makro (na poziomie państwa) jest systematyczne monitorowanie, diagnozowanie oraz modyfikowanie instrumentów służących jego osiągnięciu. Proces ten wymaga również kompleksowej oraz systematycznej analizy zmian poziomu zagrożeń polityki bezpieczeństwa w zakresie zdrowia, analizy, którą można przeprowadzić, opierając się na modelu monitorowania zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego, do których należy zaliczyć zagrożenia natury społecznej, ekonomicznej i środowiskowej oraz szczególne zagrożenia płynące z rozwoju cywilizacji – choroby cywilizacyjne (schemat 15).

Wskazana analiza polityki bezpieczeństwa w zakresie zdrowia powinna uwzględniać ponadto cztery zasadnicze przesłanki:

- akumulację oraz syntezę oryginalnej wiedzy o bezpieczeństwie zdrowotnym;
- diagnozę aktualnych potrzeb i oczekiwań w sferze bezpieczeństwa zdrowotnego;
- proces realnego zaspokojenia potrzeb w sferze bezpieczeństwa zdrowotnego w określonych warunkach społecznych;
- podejmowanie aktywności w sferze uwarunkowań bezpieczeństwa zdrowotnego.

SCHEMAT 15

Model monitorowania zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego

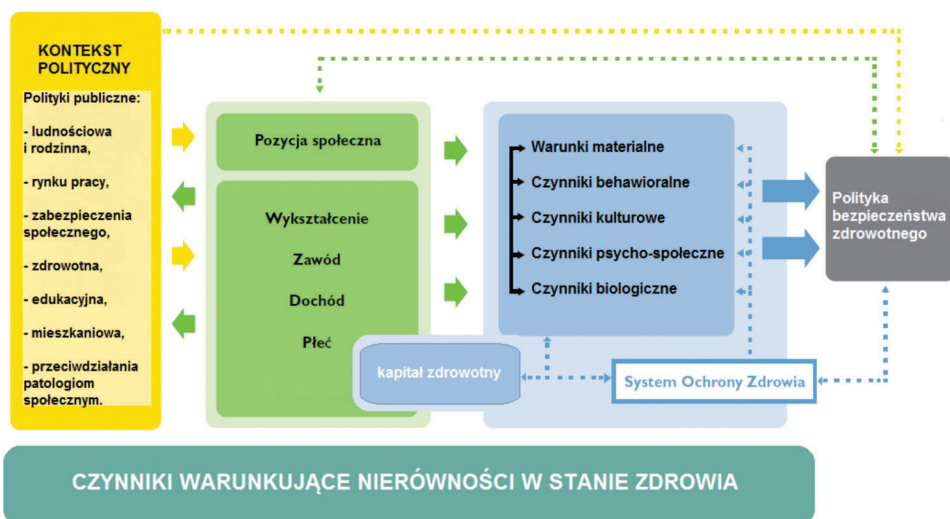


ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Syntetyczne ujęcie polityki bezpieczeństwa państwa w zakresie zdrowia wymaga uwzględnienia także – poddanych uprzednio analizie – determinantów nierówności w stanie zdrowia, jak również kontekstu politycznego, ponieważ politykę bezpieczeństwa zdrowotnego kształtuje wiele czynników (schemat 16).

Bezpieczeństwo zdrowotne stanowi jedną z najważniejszych, ale i złożonych potrzeb, której zaspokojenie wyznacza warunki funkcjonowania oraz rozwoju jednostek i społeczności. Problematyka badań nad tymże bezpieczeństwem powinna obejmować zarówno formułowanie ogólnych teorii naukowych o procesach zachodzących w sferze zdrowia, jak i wypracowanie systemowego modelu analizy zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego oraz implementację pozyskanych rozwiązań pro-

Czynniki kształtujące politykę bezpieczeństwa w dziedzinie zdrowia



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: WORLD HEALTH ORGANIZATION: *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva, WHO Press, 2010, s. 48.

wadzących do zapewnienia akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego wielu grupom społecznym, zwłaszcza tym określanym mianem wykluczonych społecznie.

Podkreślić należy, że użyteczność kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego dla nauki o polityce społecznej wyraża się możliwością zastosowania jej jako instrumentu poznawczego w badaniach nad kapitałem zdrowotnym, nierównościami w stanie zdrowia (zwłaszcza dostępnością do świadczeń medycznych), a także jako czynnika analizy polityki bezpieczeństwa państwa w dziedzinie zdrowia. Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego powinno zatem zostać uznane za kategorię poznawczą nauki o polityce społecznej.

Wyodrębnienie oraz wstępna charakterystyka instrumentów polityki społecznej kształtujących bezpieczeństwo zdrowotne generują problemy, których natura negatywnie warunkuje proces formowania oraz implementacji polityki bezpieczeństwa zdrowotnego. Istotnym czynnikiem wyznaczającym ten stan jest fakt, że za zapewnienie dostępności do świadczeń medycznych, warunkujące bezpieczeństwo zdrowotne, ponosi odpowiedzialność wiele podmiotów, którym z dużą trudnością daje się przyporządkować określone zakresy.

Na podstawie wymienionych determinant można dokonać próby wskazania instrumentów polityki społecznej kształtujących stan bezpieczeństwa zdrowotnego na przykład osób wykluczonych społecznie.

Uprzedniego wyjaśnienia wymaga jednakże rozumienie pojęcia „instrument polityki społecznej”, termin ten bowiem nie jest jednoznacznie zdefiniowany w teorii polityki społecznej, co wynika głównie z uwzględnienia odmiennych kryteriów oraz celów, które powinny zostać osiągnięte za ich pomocą.

Wyodrębnić zatem można podział, dokonany z uwzględnieniem szeroko definiowanych środków, oddanych do dyspozycji podmiotów kreujących politykę społeczną, który obejmuje: instrumenty prawne, instrumenty programowe oraz instrumenty finansowe⁵². Dokonać można również wyróżnienia instrumentów polityki społecznej pojmowanych jako wyraźnie określone sposoby oddziaływania na adresatów raczej polityki socjalnej niż społecznej⁵³, obejmujący instrumenty przydatne w procesie realizacji polityki społecznej, takie jak: instrumenty ekonomiczne, instrumenty prawne, instrumenty informacyjne, instrumenty kadrowe czy instrumenty przestrzenno-czasowe. Każdy z wymienionych rodzajów instrumentów polityki społecznej może zostać uwzględniony w procesie kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego jednostek, zwłaszcza wykluczonych ekonomicznie, jednakże wyraźne wskazanie instrumentów skierowanych do tej kategorii ludności stwarza trudności, a wynikające z tego stanu problemy wymagają szczegółowej analizy.

Instrumenty prawne tworzą ramy życia społecznego w rezultacie między innymi zdefiniowania mechanizmów oraz zakresu ich stosowania, ale również systemu uprawnień i zobowiązań⁵⁴. W zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego istotną rolę odgrywają dwa czynniki: prawo do ochrony zdrowia, zapisane w art. 68 Konstytucji, oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁵, a rozwiązania przyjęte w systemie ochrony zdrowia gwarantują dostępność do świadczeń niejako na dwóch poziomach:

- na poziomie systemowym, ponieważ do korzystania z systemu ochrony zdrowia uprawnia posiadanie tytułu ubezpieczeniowego;
- na poziomie instytucji, wyrażające się prawem do korzystania ze wszystkich form opieki zdrowotnej, między innymi: z promocji zdrowia, ze świadczeń profilaktycznych, z diagnostyki i leczenia, rehabilitacji oraz z opieki paliatywno-hospicyjnej.

⁵² Zob. K. GŁĄBICKA: *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*. Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, 1998, s. 82 i nast.

⁵³ Zob. J. SUPIŃSKA: *Style i instrumenty polityki społecznej*. W: *Polityka społeczna...*, s. 86.

⁵⁴ Zob. O. KOWALCZYK: *Instrumentarium polityki społecznej*. W: *Wymiary polityki społecznej*. Red. O. KOWALCZYK, S. KAMIŃSKI. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, 2009, s. 43.

⁵⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135.

Konstrukcja systemu ochrony zdrowia uwzględnia między innymi kategorię osób wykluczonych z dostępu do świadczeń medycznych, które nie mają tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, a zapewnić świadczenia mogą im inne podmioty, na przykład instytucje pomocy społecznej. Jednakże warunkiem uzyskania tejże pomocy jest spełnienie wymogów formalnych uprawniających do korzystania z pomocy społecznej (na przykład kryteria dochodowe). Fakt ten powoduje, że kategoria równego dostępu do świadczeń medycznych (a tym samym do bezpieczeństwa zdrowotnego) nie zostaje zachowana. Kontrowersje wywołuje również stan osobliwego zawieszenia, w którym znajdują się jednostki nieuprawnione do świadczeń udzielanych z pomocy społecznej (ponieważ nie spełniają kryteriów dochodowych), a jednocześnie osiągające niskie dochody, które nie pozwalają na dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne.

Zdecydowana większość obywateli ma jednakże tytuł uprawniający do korzystania ze świadczeń medycznych, a zasadniczy problem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego jednostkom czy grupom wykluczonym ekonomicznie wynika z braku bądź z nieprawidłowo skonstruowanych instrumentów programowych polityki społecznej, które wyznaczać mają z jednej strony swoistą filozofię postępowania, z drugiej zaś – pożądane kierunki działań w sferze bezpieczeństwa zdrowotnego.

W latach 2007–2015 zasadniczym dokumentem programowym w sferze zdrowia publicznego był *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, w którym podkreślono, że głównym celem działań są: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”⁵⁶, czyli działań, które można zrealizować dzięki między innymi kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa. Dostrzeżono również problem stanu zdrowia w środowiskach wykluczonych w sferze społecznej – zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego będzie możliwe dzięki zmniejszaniu nierówności w zdrowiu „w regionach i ośrodkach lokalnych z gorszymi wskaźnikami jakości środowiska naturalnego, w regionach i ośrodkach lokalnych z gorszą infrastrukturą, utrudniającą dostęp do placówek zdrowotnych”⁵⁷.

W obecnie obowiązującym *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020* ponownie zaakcentowano, że na cel strategiczny działań składa się „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”⁵⁸. Osiągnięcie celu będzie możliwe dzięki realizacji celów operacyjnych, którymi są:

⁵⁶ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015...*, s. 15.

⁵⁷ *Ibidem*, s. 24.

⁵⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Dz.U. 2016, poz. 1492.

- poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi;
- profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
- ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
- promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;
- poprawa zdrowia prokreacyjnego⁵⁹.

Tak sformułowany cel strategiczny wymaga jednakże wypracowania nowego instrumentu polityki społecznej, który zorientowany będzie na grupy zagrożone wykluczeniem społecznym, a jego struktura wewnętrzna obejmie rozstrzygnięcia dotyczące kształtowania bezpieczeństwa zdrowotnego oparte na działaniach w sferze promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej, ponieważ wiedza o czynnikach ryzyka zdrowotnego nie stanowi wystarczającego fundamentu modyfikacji zachowań. Należy zatem podkreślić, że proponowany instrument polityki społecznej zorientowany powinien być z jednej strony na jednostkę, umożliwiając zmianę nabytej wiedzy, a w konsekwencji postaw oraz zachowań zdrowotnych jednostek, z drugiej zaś strony – na konkretną populację i otaczające środowisko: naturalne, instytucjonalne czy społeczne, co powinno przyczynić się do uformowania obszarów wspierających zdrowie w społeczności lokalnej, zwłaszcza wśród jednostek znajdujących się na przykład w sferze wykluczenia społecznego.

W procesie wdrażania instrumentu programowego z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego skierowanego do wykluczonych społecznie szczególnie względ należy mieć na pokolenie wstępujące, a także na pierwotne i wtórne kręgi socjalizujące ze względu na ich znaczenie w rozwoju postaw i zachowań w sferze zdrowia. Uwzględniając więc wspomniane uwarunkowania oraz naczelne wartości podlegające ochronie, w zakresie podejmowania potencjalnych działań powinno się wyróżnić:

- formułę pomocową, skierowaną na pomoc jednostkom i grupom społecznym, które zagrożone są utratą bezpieczeństwa zdrowotnego wynikającą głównie z położenia społecznego;
- formułę ochronną, wyrażającą się z jednej strony ochroną kapitału zdrowotnego – sfery materialnej, fizycznej i emocjonalnej zdrowia, z drugiej strony – gwarancją zapewnienia warunków równego dostępu do świadczeń medycznych;

⁵⁹ Zob. ibidem, s. 2–3.

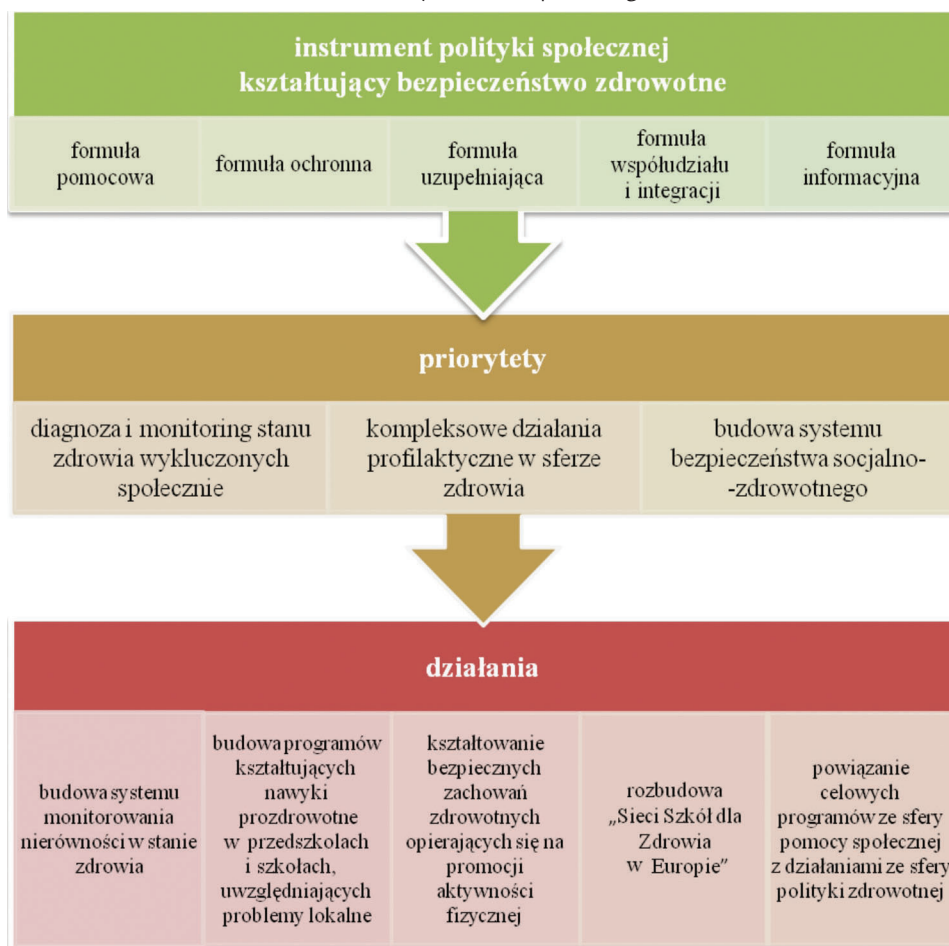
- formułę uzupełniającą deficyty zdrowotne, która służy utrzymaniu standardu życia w dobrym zdrowiu, zwłaszcza w obliczu postępującego procesu starzenia się społeczeństwa;
- formułę współudziału i integracji dzięki opracowaniu spójnego systemu wspierającego zdrowie grup zagrożonych wykluczeniem lub wykluczonych społecznie, wyrażającą się na przykład działaniami wspierającymi socjalizację;
- formułę informacyjną, dostarczającą wiedzy oraz umiejętności umożliwiających jednostkom nabycie realnych kompetencji w zakresie właściwego reagowania na zagrożenia zdrowotne, a także odpowiedzialności za własne zdrowie i standard życia.

Przyjmując za punkt wyjścia proponowane formuły działań, wyróżnić można trzy priorytety w obrębie instrumentu programowego kształtującego bezpieczeństwo zdrowotne w sferze wykluczenia społecznego (schemat 17). Są to:

1. Diagnoza oraz regularne monitorowanie stanu zdrowia grup społecznych zagrożonych bądź znajdujących się w sferze wykluczenia społecznego, zwłaszcza zaś skutków zdrowotnych wynikających z pozostawania w tej sferze, które przekładają się na stan kapitału zdrowotnego. Niezwykle istotne znaczenie w procesie diagnozowania oraz monitorowania stanu zdrowia ma możliwość korzystania z pozyskanych informacji w działaniach nastawionych na redukcję nierówności w stanie zdrowia. Należy również podkreślić, że w znacznej większości wdrażanych programów zdrowotnych nie uwzględniono konieczności dokonania ewaluacji prowadzonych działań z perspektywy ich skuteczności w redukcji nierówności w stanie zdrowia oraz poprawy stanu kapitału zdrowotnego. Zasadniczym argumentem świadczącym o braku instrumentu polityki społecznej, który umożliwia redukcję nierówności w stanie zdrowia (a tym samym poprawę stanu bezpieczeństwa zdrowotnego) osób znajdujących się w sferze wykluczenia społecznego, jest brak systemu monitorowania nierówności w stanie zdrowia tychże osób. Informacje, które pochodzą ze źródeł Głównego Urzędu Statystycznego, z wyjątkiem tych ze spisów powszechnych, stanowią zdecydowanie niewystarczające źródło danych. W rezultacie tego stanu możliwość prowadzenia w sposób uporządkowany i planowy analizy zjawisk zdrowotnych z perspektywy położenia społecznego wydaje się działaniem bardzo utrudnionym. Brak kompleksowej diagnozy uniemożliwia zatem wypracowanie skutecznych instrumentów zwalczania nierówności w stanie zdrowia, wskutek czego niemożliwe staje się również zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sferze wykluczenia społecznego.

2. Przygotowanie systemowych rozwiązań w zakresie działań profilaktycznych w sferze zdrowia, które pozwolą zapobiegać problemom bądź je rozwiązywać już na etapie wstępnym. Zapewnienie odpowiedniego poziomu profilaktyki umożliwi ograniczenie zasięgu zdrowotnych konsekwencji wykluczenia społecznego. Wskazane podejście wymaga więc podjęcia kompleksowych działań w takich płaszczyznach, jak:
 - Przygotowanie oraz implementacja programów kształtujących nawyki prozdrowotne w przedszkolach i szkołach, jednakże z uwzględnieniem problemów lokalnych bądź dostosowaniem do lokalnej specyfiki. Skierowanie działań profilaktycznych do grupy dzieci i młodzieży wynika bowiem ze szczególnego rodzaju negatywnych konsekwencji, jakie powoduje pozostawanie w sferze wykluczenia społecznego dla stanu zdrowia tej kategorii ludności.
 - Wdrażanie działań uwzględniających treści z zakresu promocji aktywności fizycznej (w związku z otyłością dzieci i młodzieży), jak również rozwijania kompetencji, które pozwalają na podejmowanie właściwych decyzji dotyczących zdrowia, zwłaszcza bezpiecznych zachowań zdrowotnych.
 - Rozbudowa sieci szkół promujących zdrowie, które działają w ramach Sieci Szkół dla Zdrowia w Europie (Schools for Health in Europe – SHE). Istotne zadanie w tym zakresie stanowi ograniczanie sprzedaży w szkołach niezdrowej żywności, tak zwanych *junk food*, któremu powinno towarzyszyć wprowadzenie oraz dofinansowywanie zdrowych posiłków dla wszystkich dzieci w szkołach położonych w obszarach wykluczenia społecznego.
3. Budowa systemu bezpieczeństwa socjalno-zdrowotnego dzięki powiązaniu działań ze sfery systemu pomocy społecznej, zapewniających jednostkom zagrożonym wykluczeniem społecznym dostęp do podstawowych usług społecznych, oraz działań ze sfery polityki zdrowotnej, polegających na wdrażaniu celowych programów skierowanych do grup wykluczonych społecznie. Proponowane działania z zakresu pomocy społecznej, skierowane na wymienione grupy, mogą jednakże powodować redukcję bezpieczeństwa socjalno-zdrowotnego wyłącznie do kategorii bezpieczeństwa bytowego podtrzymywanego przez stałe źródło dochodu w postaci zasiłków. Taka sytuacja utrudnia wskazanie przesłanek mobilizujących do podjęcia działań inkluzyjnych w środowisku, w którym postępuje proces reprodukcji kultury nędzy. Wykreowane, a więc pozorne, poczucie bezpieczeństwa bytowego stanowi zatem podstawę trwania zbiorowości gettopodobnych, a lęk przed jego utratą przejawia się w mechanizmie podtrzymującym pozostawanie w grupie zamkniętej.

Struktura instrumentu polityki społecznej kształtującego bezpieczeństwo zdrowotne w sferze wykluczenia społecznego



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Wymienione priorytety oraz kierunki działań stanowią jedynie postulowane sfery aktywności, które z perspektywy celów polityki społecznej potwierdzają konieczność niezwłocznego podjęcia działań zapewniających bezpieczeństwo zdrowotne w sferze wykluczenia społecznego, a także zwalczanie nierówności zdrowotnych. We wskazanych obszarach należy wdrożyć systemowe rozwiązania zarówno w wymiarze instytucjonalnym, jak i w sferze systemów wsparcia, aby skoordynować działania i nadać im kierunek aktywizacyjny w obszarze zdrowotnym, zwłaszcza edukacji zdrowotnej, gdyż jednostki powinny ponosić odpowiedzialność za własne zdrowie oraz kształtowanie odpowiednich

warunków zdrowotnych w środowisku zamieszkania. Bezpieczeństwo zdrowotne realizuje przede wszystkim system instytucji ochrony zdrowia, ale wymaga to również aktywności jednostkowej oraz zbiorowej. Zadaniem agend rządowych i samorządowych państwa są zapewnienie warunków i możliwości realizacji prawa do ochrony zdrowia, gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach, a także wspieranie indywidualnej aktywności służącej zdrowiu.

Dokonując podsumowania dotychczas przeprowadzonych rozważań, należy podkreślić, że polityka społeczna nie dysponuje specyficznym instrumentem kształtującym bezpieczeństwo zdrowotne w tej sferze, a wskazane przesłanki w sposób jednoznaczny pozwalają orzec, że do instrumentów polityki społecznej niezbędne jest wprowadzenie takiego, który obejmowałby: formułę pomocową, formułę ochronną, formułę uzupełniającą, formułę współudziału i integracji oraz formułę informacyjną. Zaproponowany instrument może pozwolić na systemowe podejście do kwestii wykluczenia społecznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa w sferze zdrowia.

Przeprowadzona także eksploracja pojęcia bezpieczeństwa, a zwłaszcza kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego, w nauce o polityce społecznej okazała się pomocna w sprecyzowaniu zakresu definicyjnego terminu bezpieczeństwa zdrowotnego oraz we wskazaniu potencjalnych obszarów pozwalających na uznanie tego pojęcia za kryterium poznawcze w nauce o polityce społecznej, użyteczne zarówno w procesie opisu, jak i analizy, a także w eksploracji zjawisk z zakresu zdrowia oraz systemu zdrowotnego.

Zakończenie

Zadaniem polityki społecznej, podobnie jak innych dyscyplin naukowych z dziedziny nauk społecznych, jest poznanie oraz eksplanacja rzeczywistości społecznej, którą porządkuje, korzystając ze swoistych metod i technik badawczych prowadzących do zrozumienia zjawisk, jakie występują w społeczeństwie. Także budowanie systemu wiedzy o społeczeństwie oraz prawach rządzących jego rozwojem należy między innymi do domeny polityki społecznej. Jednym z istotniejszych zadań jest również poznanie zasad rządzących zjawiskami społecznymi, do których bez wątpienia należy bezpieczeństwo. Mając jednak na względzie to, że kategoria bezpieczeństwa jest pojęciem wieloznacznym, należy zaznaczyć, że niezwykle trudnym zadaniem byłoby pełne ujęcie tegoż zjawiska. Z tego też powodu analizy bezpieczeństwa charakterystyczne są dla wielu dyscyplin naukowych, w zasadzie każda z nich zajmowała się tym zagadnieniem odrębnie, co skutkuje mnogością ujęć.

Własne podejście do bezpieczeństwa wypracowała także polityka społeczna, włączając w aparat pojęciowy kategorie bezpieczeństwa społecznego, bezpieczeństwa socjalnego oraz, istotnego dla rozważań podjętych w niniejszej pracy, bezpieczeństwa zdrowotnego, które postuluje się definiować jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia – prawa, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach.

W pierwszej części opracowania główną osią rozważań stało się zagadnienie zdefiniowania bezpieczeństwa oraz bezpieczeństwa zdro-

wotnego i określenie jego miejsca w strukturze polityki bezpieczeństwa wewnętrznego państwa. W toku analizy podkreślono, że w naukach społecznych, w tym w nauce o polityce społecznej, wyróżnić można podejście do bezpieczeństwa obejmujące zabezpieczenie takich ważnych potrzeb społecznych, jak: istnienie, przetrwanie, pewność, stabilność, niezależność, ochrona poziomu i jakości życia. Zaznaczono, że bezpieczeństwo stanowi zarówno naczelną potrzebę człowieka oraz grup społecznych, jak i podstawową potrzebę państw i systemów międzynarodowych.

Wstępna analiza bezpieczeństwa zdrowotnego uwidoczniła pewną trudność, którą warunkowało nastawienie do samej kategorii. Jeśli bowiem podkreśla się ścisły związek polityki społecznej (i jej subdyscypliny: polityki zdrowotnej) z bezpieczeństwem zdrowotnym – to bezpieczeństwo zdrowotne traktuje się jako przejaw aktywności polityki zdrowotnej w takich obszarach, jak: zdrowotne warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenie usług zaspokajających potrzeby zdrowotne (wskazanie funkcji ochronnej zdrowia jednostek i populacji, jaką pełni polityka zdrowotna).

Bezpieczeństwo zdrowotne można jednakże ujmować wyłącznie przez pryzmat ochrony ludności przed zagrożeniami zewnętrznymi, wynikającymi z takich zjawisk, jak na przykład bioterroryzm, i wówczas koncepcja bezpieczeństwa zdrowotnego zostaje oddzielona od pojęcia zdrowia publicznego, polityki społecznej czy polityki zdrowotnej, pozostając w domenie polityki bezpieczeństwa międzynarodowego. Interpretowanie kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego w tym ujęciu skutkuje istotnymi sprzecznościami uniemożliwiającymi wypracowanie jednolitych ram teoretycznych oraz operacyjnych dla tejże koncepcji.

W wyniku przeprowadzonych badań nad literaturą przedmiotu potwierdzono również brak rozumienia bezpieczeństwa zdrowotnego, ma ono bowiem formę jedynie hasłową, bez podania desygnatu nazwy, w związku z tym zaproponowano definicję, zgodnie z którą postuluje się, aby bezpieczeństwo zdrowotne definiować jako zapewnienie ze strony państwa oraz jego agend warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach.

Drugą część opracowania otwiera ujęcie bezpieczeństwa zdrowotnego z perspektywy dyskursu politycznego, gdyż właśnie czynnik polityczny, zwłaszcza procesie transformacji systemowej, radykalnie zmienił oblicze sektora zdrowotnego między innymi w zakresie zasad i mechanizmów finansowania oraz funkcjonowania w strukturze

administracyjnej państwa. Reformy charakteryzował, i nadal cechuje, brak ciągłości oraz konsekwencji w realizacji przyjętych założeń, co też przekłada się na brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego beneficjentów systemu. Zmianę tego stanu, zwłaszcza w aspekcie dostępności, determinuje wzmocnienie funkcji koordynacyjnych państwa w sektorze ochrony zdrowia, który współcześnie jest mocno podzielony na wielu płaszczyznach: finansowania, ulokowania w strukturze administracyjnej, organizacji oraz odpowiedzialności. Realizacja funkcji koordynacyjnych wymaga zatem synergii działań o zakresie ekonomicznym, społecznym, kadrowym, informacyjnym, jak również wypracowania prawno-instytucjonalnych rozwiązań zmierzających do równoważenia systemu zdrowotnego, gwarantującego równość w dostępie do świadczeń, a dzięki temu – bezpieczeństwo zdrowotne.

W efekcie analizy uwidoczniły się więc deklaratywność kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego oraz jej polityczny kontekst, determinujący naukową eksplorację tego pojęcia, którą cechowały w większym stopniu ostrożność i dystans niż pogłębiona refleksja. Rezultatem tego stanu jest funkcjonowanie pojęcia w wymiarze werbalnym, ponieważ jego desygnat nie został sprecyzowany.

Osobnym uwzględnionym w badaniach zagadnieniem stały się kategorie warunkujące obszar bezpieczeństwa zdrowotnego – prawo do ochrony zdrowia oraz równość dostępu do świadczeń.

Analiza konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia uwidoczniła, że stanowi ono normę programową, która wiąże adresatów – władze publiczne – wskazując cel, jakim jest ochrona zdrowia każdej osoby, nie określa jednak narzędzi realizacji tegoż celu. Ponadto zawarte w normie programowej cele mają trwały charakter, a więc nie może dojść do ich zrealizowania, a tym samym zwolnienia władz publicznych z aktywności w tym obszarze. Ważnym aspektem prawa do ochrony zdrowia jest prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, czyli możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, – systemu ukierunkowanego na zwalczanie chorób, a także na zapobieganie chorobom, urazom oraz niepełnosprawności.

Drugą poddaną analizie kategorią warunkującą bezpieczeństwo zdrowotne stała się zasada równego dostępu do systemu ochrony zdrowia i świadczeń medycznych, stanowiąca jedną z podstawowych norm z zakresu praw socjalnych, która również znajduje konstytucyjne potwierdzenie, a rozumienie tejże zasady związane jest z aksjologią prawa socjalnego wpływającą również na realizację polityki społecznej i zdrowotnej. Wskazano, że podstawowym problemem tych polityk jest stworzenie warunków umożliwiających realizację prawa do ochrony zdrowia – zapewnienia dostępności usług medycznych, która zależy

od czynników zawartych w przykładowym katalogu znajdującym się w końcowym fragmencie rozdziału drugiego.

Ostatnia część opracowania poświęcona została rozważaniom nad kategorią bezpieczeństwa i nad rolą polityki społecznej w procesie jego zapewnienia. Podkreślono, że działania organów państwa powinny zmierzać do wypracowania takiego zakresu bezpieczeństwa społecznego, który z jednej strony zapewni system wspierania rozwoju jednostki i realizacji jej aspiracji życiowych (bezpieczeństwo rozwojowe), z drugiej zaś zagwarantuje ochronę przed ubóstwem i jego skutkami (bezpieczeństwo socjalne), gdyż krytyczne sytuacje w życiu jednostek i rodzin warunkują niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb, a tym samym generują utratę poczucia bezpieczeństwa społecznego.

Zwrócono uwagę na fakt, że analiza bezpieczeństwa społecznego wymaga uwzględnienia nowych wyzwań w celu zapewnienia optymalnego stanu bezpieczeństwa społecznego, gdyż efektywne kształtowanie polityki bezpieczeństwa społecznego zależy również od racjonalnego diagnozowania wyzwań. Podkreślono rolę, jaką w tym procesie odgrywa polityka społeczna jako instrument państwowych gwarancji bezpieczeństwa społecznego w wyłaniających się nowych obszarach aktywności.

W dalszym toku badań wykazano możliwość zastosowania instrumentu poznawczego w postaci kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego do deskrypcji, ale przede wszystkim do analizy oraz eksplanacji zjawisk z zakresu zdrowia i systemu zdrowotnego w nauce o polityce społecznej, głównie jako instrumentu poznawczego w badaniach nad kapitałem zdrowotnym, nierównościami w stanie zdrowia (zwłaszcza dostępnością do świadczeń medycznych), a także jako czynnika analizy polityki bezpieczeństwa państwa w dziedzinie zdrowia. Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego powinno zatem zostać uznane za kategorię poznawczą nauki o polityce społecznej. Stosowane bowiem dotychczas instrumenty są niewystarczające, dlatego wymagane jest podjęcie działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, między innymi w sferze wykluczenia społecznego czy zwalczania nierówności w stanie zdrowia. W obrębie wskazanych obszarów należy wdrożyć systemowe rozwiązania w wymiarze instytucjonalnym oraz w sferze systemów wsparcia, aby skoordynować działania i nadać im kierunek aktywizacyjny w obszarze zdrowotnym, zwłaszcza edukacji zdrowotnej, jednostki bowiem powinny ponosić odpowiedzialność za własne zdrowie oraz kształtowanie odpowiednich warunków zdrowotnych w środowisku zamieszkania. Bezpieczeństwo zdrowotne, które realizowane jest przede wszystkim jako system instytucji ochrony zdrowia, wymaga także aktywności jednostkowej oraz zbiorowej. Zadaniem agend rządowych i samorządowych państwa jest zapewnienie warunków pozwalających na

realizację prawa do ochrony zdrowia, gwarancji dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach oraz wspieranie indywidualnej aktywności służącej zdrowiu.

Wyszczególnione argumenty w sposób jednoznaczny potwierdzają, że spośród instrumentów polityki społecznej niezbędne jest wprowadzenie takiego, który obejmowałby: formułę pomocową, formułę ochronną, formułę uzupełniającą, formułę współudziału i integracji oraz formułę informacyjną. Zaproponowany instrument umożliwić może zatem systemowe podejście do kwestii wykluczenia społecznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa w sferze zdrowia.

Przeprowadzona naukowa eksploracja pojęcia bezpieczeństwa, a zwłaszcza kategorii bezpieczeństwa zdrowotnego, w nauce o polityce społecznej okazała się pomocna w sprecyzowaniu zakresu definicyjnego terminu bezpieczeństwa zdrowotnego oraz we wskazaniu potencjalnych obszarów pozwalających uznać to pojęcie za kryterium poznawcze w nauce o polityce społecznej, użyteczne zarówno w procesie opisu, jak i analizy, a także eksplanacji zjawisk z zakresu zdrowia oraz systemu zdrowotnego.

Ponownego i silniejszego w wydźwięku zaakcentowania wymaga fakt, że status koncepcji bezpieczeństwa zdrowotnego ciągle jeszcze nie został w sposób jednoznaczny wyznaczony. Przedstawione próby stanowiły rodzaj wprowadzenia do zagadnienia i zawierały postulaty definiowania tegoż sektora bezpieczeństwa przez pryzmat prawa do ochrony zdrowia oraz dostępności do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach. Bezpieczeństwo zdrowotne, stając się odrębną kategorią teoretyczną, nadal wymagać będzie naukowej eksploracji i doprecyzowania.

Literatura*

Opracowania zwarte

- BAŃKA A.: *Spółeczna psychologia środowiskowa*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2002.
- BLAXTER M.: *Zdrowie*. Tłum. M. OKŁA. Warszawa, Wydawnictwo Sic!, 2009.
- BRZEZIŃSKI M.: *Kategoria bezpieczeństwa*. W: *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*. Red. S. SUŁOWSKI, M. BRZEZIŃSKI. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2009.
- BRZOWOSKI P.: *Skala Wartości – polska adaptacja testu Milтона Rokeacha*. W: *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia*. Red. R.Ł. DRWAŁ. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Pedagogiki i Psychologii, 1989.
- BULIŃSKI L.: *Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. Przykład: Gdańsk*. Warszawa, Wydawnictwo CeDeWu, 2009.
- BUZAN B., WÆVER O., WILDE J. DE: *Security. A New Framework for Analysis*. Boulder-London, Lynne Rienner Publishers, 1998.
- CHODUBSKI A.J.: *O aktualnych tendencjach w badaniach politologicznych*. W: *Problemy badawcze i metodologiczne politologii w Polsce*. Red. A.J. CHODUBSKI, M.J. MALINOWSKI. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2006.
- CIEŚLARCZYK M.: *Teoretyczne i metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa i obronności państwa*. Siedlce, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, 2009.
- DAHRENDORF R.: *Nowoczesny konflikt społeczny. Esej o polityce wolności*. Tłum. S. BRATKOWSKI, W. NIEPOKÓŁCZYKI, B. ORŁOWSKI, E. SZCZEPAŃSKA, W. WERTENSTEIN. Warszawa, Czytelnik, 1993.
- DANECKI J.: *Uwagi o kwestiach społecznych*. W: *Kwestie społeczne na przełomie stuleci*. Red. G. FIRLIT-FESNAK. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 1998.

* Weryfikacji wszystkich źródeł internetowych dokonano 15.02.2017.

- DROZDOWSKI R.: *Prze-porządkowanie społecznych nierówności*. W: *Porządek społeczny a wyzwania współczesności*. Red. A. SAKSON. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM, 2005.
- DZIEWIĘCKA-BOKUN L.: *Bezpieczeństwo socjalne jako podstawa pokoju społecznego*. W: *Miedzy tradycją a przyszłością w nauce prawa administracyjnego. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Janowi Bociowi*. Red. J. SUPERNAT. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2009.
- DZIEWIĘCKA-BOKUN L.: *Systemowe determinanty polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1999.
- DZIEWIĘCKA-BOKUN L., MIELECKI J.: *Aspekty politologiczne*. W: L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, J. MIELECKI: *Wybrane problemy polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1998.
- EVANS G.: *Współpraca dla pokoju. Agenda globalna na lata dziewięćdziesiąte i następne*. Warszawa, Polski Instytut Spraw Międzynarodowych, 1994.
- FOLLAND S., GOODMAN A.C., STANO M.: *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Przeł. M. KORONA, M. SICIAREK. Warszawa, Oficyna Wolters Kluwer business, 2013.
- FRĄCZKIEWICZ-WRONKA A.: *Perspektywa terytorialna w kształtowaniu i realizacji celów publicznych w obszarze ochrony zdrowia*. W: *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*. Red. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA. Katowice, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, 2006.
- FRĄCZKIEWICZ-WRONKA A.: *Polityka ochrony zdrowia w gospodarce rynkowej*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. FRĄCZKIEWICZ-WRONKA, M. ZRALEK. Katowice, Akademia Ekonomiczna im. Karola Adameckiego, Collegium Zarządzania, 1998.
- GIERSZEWSKI J.: *Bezpieczeństwo społeczne. Studium z zakresu bezpieczeństwa narodowego*. Warszawa, Wydawnictwo Difin, 2013.
- GŁĄBICKA K.: *Polityka społeczna Wspólnot Europejskich*. Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, 1998.
- GROSZYK H.: *Francuska koncepcja nauki politycznej*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1968.
- HALL C.S., LINDZEY G.: *Teorie osobowości*. Przeł. J. KOWALCZEWSKA, J. RADZICKI. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1990.
- KARSKI J.B.: *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo CeDeWu, 2008.
- KITLER W.: *Bezpieczeństwo narodowe RP. Podstawowe kategorie, uwarunkowania, system*. Warszawa, Akademia Obrony Narodowej, 2011.
- KLICH J.: *Teoretyczne podstawy metod badawczych zastosowanych w badaniu dostępności świadczeń zdrowotnych*. W: *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Red. K. SZCZERBIŃSKA. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.
- KORYBSKI A., SZELIGA Z., ŻMIGRODZKI M.: *Współczesne państwowe systemy polityczne*. Lublin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Międzyuczelniany Instytut Nauk Politycznych, 1987.
- KORZENIOWSKI L.F.: *Securitologia. Nauka o bezpieczeństwie człowieka i organizacji społecznych*. Kraków, EAS, 2008.
- KOWALAK T.: *Polityka społeczna. Wybrane zagadnienia (zarys wykładu)*. Białystok, Wyższa Szkoła Ekonomiczna, 2002.
- KOWALCZYK O.: *Instrumentarium polityki społecznej*. W: *Wymiary polityki społecznej*. Red. O. KOWALCZYK, S. KAMIŃSKI. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, 2009.
- KSIĘŻOPOLSKI M. [hasło]: *Bezpieczeństwo socjalne*. W: *Leksykon polityki społecznej*. Red. B. RYSZ-KOWALCZYK. Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2001.

- KSIĘŻOPOLSKI M.: *Modele polityki społecznej*. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 1999.
- KUBIAK M.: *Filozofia bezpieczeństwa – nowe wyzwania*. W: *Filozofia bezpieczeństwa personalnego i strukturalnego. Tradycja – współczesność – nowe wyzwania*. Red. R. ROSA, M. LIPIŃSKA-RZESZUTEK, M. KUBIAK. Siedlce, Wydawnictwo Akademii Podlaskiej, 2007.
- KUKUŁKA J.: *Międzynarodowe stosunki polityczne*. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1982.
- KURZYNOWSKI A.: *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. KURZYNOWSKI. Warszawa, Szkoła Główna Handlowa – Oficyna Wydawnicza, 2003.
- KUŹNIAR R.: *Polityka i siła. Studia strategiczne – zarys problematyki*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2006.
- LASKOWSKA I.: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.
- LESZCZYŃSKI M.: *Bezpieczeństwo społeczne a bezpieczeństwo państwa*. Kielce, Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, 2009.
- LUHMANN N.: *Teoria polityczna państwa bezpieczeństwa socjalnego*. Przeł. i opatrzyła wstępem G. SKĄPSKA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994.
- MALEC M.: *Percepcja bezpieczeństwa: definicje, wymiary, paradygmaty*. Warszawa, Ministerstwo Obrony Narodowej, Departament Polityki Obronnej, 2006.
- MARCZUK K.P.: *Bezpieczeństwo wewnętrzne w poszerzonej agendzie studiów nad bezpieczeństwem*. W: *Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa. Wybrane zagadnienia*. Red. S. SUŁOWSKI, M. BRZEZIŃSKI. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2009.
- MARCZUK K.P.: *Trzecia opcja. Gwardie narodowe w wybranych państwach Basenu Morza Śródziemnego*. Warszawa, Fundacja Studiów Międzynarodowych, 2007.
- MARSHALL T.H.: *Class, Citizenship and Social Development*. W: *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*. Red. K.W. FRIESKE, P. POŁAWSKI. Warszawa, Instytut Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, 1997.
- MASŁOW A.: *Motywacja i osobowość*. Przeł. P. SAWICKA. Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX, 1990.
- MĄDRZYCKI T.: *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1996.
- MIELECKI J.: *Polityka społeczna*. W: L. DZIEWIĘCKA-BOKUN, J. MIELECKI: *Wybrane problemy polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1998.
- MOCZUK E.: *Socjologiczne aspekty bezpieczeństwa lokalnego*. Rzeszów, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009.
- MOKRZYCKA A.: *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.
- ORCZYK J.: *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*. Poznań, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, 2008.
- PIETRAŚ M.: *Bezpieczeństwo międzynarodowe*. W: *Międzynarodowe stosunki polityczne*. Red. M. PIETRAŚ. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2006.
- PIOTROWSKI J.: *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*. Warszawa, Książka i Wiedza, 1966.
- PREŻYNA W.: *Społeczno-religijne ramy odniesienia dla poczucia sensu życia i psychoterapii*. W: *Człowiek – wartości – sens. Studia z psychologii egzystencji*. Red. K. POPIELSKI. Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL, 1996.
- PROŃKO J.: *Bezpieczeństwo państwa. Zarys teorii problemu i zadań administracji publicznej*. Bielsko-Biała, Wyższa Szkoła Administracji, 2007.

- PRZEWODZKI E.: *Bezpieczeństwo militarne państwa – analiza podstawowych pojęć i treści*. Warszawa, Wydawnictwo Adam Marszałek, 1997.
- RAJKIEWICZ A.: *Polityka społeczna – problemy i zadania*. W: *Polityka społeczna. Wybór tekstów teoretycznych*. Red. W. ANIOŁ. Warszawa, Uniwersytet Warszawski, Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych, Instytut Polityki Społecznej, Centralny Ośrodek Metodyczny Studiów Nauk Politycznych, 1984.
- RYSZ-KOWALCZYK B.: *Teoria kwestii i problemów społecznych*. W: *Polityka społeczna*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- SARNECKI P.: *Komentarz do praw i wolności osobistych*. W: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. T. 3. Red. L. GARLICKI. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 2002.
- SARNECKI P.: *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*. W: *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*. Red. L. GARLICKI, A. SZMYT. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 2003.
- SARNECKI P.: *Ogólna charakterystyka państwowości w Konstytucji RP*. W: *Prawo konstytucyjne RP*. Red. P. SARNECKI. Warszawa, Wydawnictwo C.H. Beck, 2005.
- SIEMIŃSKI M.: *Środowiskowe zagrożenia zdrowia. Inne wyzwania*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- SIEŃKO I.: *Polityka socjalna czy polityka społeczna?*. W: *Polityka społeczna w okresie przemian*. Red. A. PIEKARA, J. SUPIŃSKA. Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, 1985.
- SKRABACZ A.: *Bezpieczeństwo społeczne. Podstawy teoretyczne i praktyczne*. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 2012.
- STAŃCZYK J.: *Kres „zimnej wojny”. Bezpieczeństwo europejskie w procesie zmiany międzynarodowego układu sił (na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX w.)*. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2004.
- STAŃCZYK J.: *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*. Warszawa, Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, 1996.
- STEFANOWICZ J.: *Bezpieczeństwo współczesnych państw*. Warszawa, „Pax”, 1984.
- SUPIŃSKA J.: *Dylematy polityki społecznej*. Warszawa, Instytut Polityki Społecznej, Uniwersytet Warszawski, 1991.
- SUPIŃSKA J.: *Style i instrumenty polityki społecznej*. W: *Polityka społeczna*. Red. G. FIRLIT-FESNAK, M. SZYLKO-SKOCZNY. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- SZARFENBERG R.: *Definicje polityki społecznej*. W: *Wokół teorii polityki społecznej. Szkice i studia dedykowane Profesorowi Janowi Daneckiemu na jubileusz siedemdziesiątych piątych urodzin*. Red. B. RYSZ-KOWALCZYK, B. SZATUR-JAWORSKA. Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2003.
- SZARFENBERG R.: *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2006.
- SZATUR-JAWORSKA B., FIRLIT-FESNAK G.: *Leksykon pojęć socjalnych. Wybrane terminy z polskiej i niemieckiej polityki społecznej, pomocy społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA, 1994.
- SZUMLICZ T.: *Modele polityki społecznej*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, 1994.
- SZUMLICZ T.: *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*. Bydgoszcz-Warszawa, Oficyna Wydawnicza Branta, 2005.
- TABASZEWSKI R.: *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*. Lublin, Wydawnictwo KUL, 2016.

- THORZ M.: *Prawo do ochrony zdrowia w Konstytucji RP z 1997 roku*. W: *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*. Red. M. URBANIEC, P. STEC. Częstochowa, Wydawnictwo Akademii Polonijnej „Educator”, 2010.
- TULIBACKI W.: *Etyczne aspekty bezpieczeństwa na tle pewnych „stałych” cech natury ludzkiej*. W: *Edukacja do bezpieczeństwa i pokoju w jednoczącej się Europie. Teoria i jej zastosowanie. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Naukowej*. Red. R. ROSA. Siedlce–Chlewiska, Instytut Pedagogiki Wyższej Szkoły Rolniczo-Pedagogicznej, 1999.
- WIĘCKOWSKA B., OSAK M.: *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*. W: *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI wieku*. Red. W. RONKA-CHMIELOWIEC. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, 2010.
- WŁODARCZYK C.: *Instytucje opieki zdrowotnej. Funkcje zadane a funkcje realizowane*. W: *Zmiany i reformy w systemie zabezpieczenia społecznego. W kierunku wzrostu indywidualnej odpowiedzialności*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 1999.
- WŁODARCZYK C.W.: *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*. W: *Polityka zdrowotna wobec dostępności, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2007.
- WŁODARCZYK W.C.: *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź–Kraków–Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 1996.
- WŁODARCZYK C.W., POŹDZIOCH S.: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*. T. 1. Red. A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, C.W. WŁODARCZYK. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 2000.
- ZAMORSKA K.: *Prawa społeczne jako program przebudowy polityki społecznej*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2010.
- ZAWADZKA B.: *Prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne*. Warszawa, Wydawnictwo Sejmowe, 1996.
- ZIĘBA R.: *Kategoria bezpieczeństwa w nauce o stosunkach międzynarodowych*. W: *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*. Red. D.B. BOBROW, E. HALIŻAK, R. ZIĘBA. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 1997.
- ZIÓŁKOWSKI A.M.: *Teoria międzynarodowych stosunków politycznych*. Warszawa, Wyższa Szkoła Administracyjno-Społeczna, 2010.
- ŻUKOWSKI A.: *Politologia jako dyscyplina naukowa i kierunek kształcenia. Zarys problematyki*. Olsztyn, Instytut Nauk Politycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, 2006.

Opracowania czasopiśmiennicze

- BRZOWSKI P.: *Uniwersalność struktury wartości: koncepcja Shaloma H. Schwartza*. „Roczniki Psychologiczne” 2002, nr 5.
- BYK Ch.: *Prawo do zdrowia jako prawo konstytucyjne*. „Państwo i Prawo” 2000, z. 9.
- GOLINOWSKA S.: *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*. „Polityka Społeczna” 2005, nr 11–12.
- JOŃCZYK J.: *Ochrona zdrowia*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 2.
- JOŃCZYK J.: *Zasady i modele ochrony zdrowia*. „Państwo i Prawo” 2010, z. 8.
- KUKUŁKA J.: *Bezpieczeństwo a współpraca europejska – współzależność i sprzeczność interesów*. „Sprawy Międzynarodowe” 1982, nr 7.
- KUKUŁKA J.: *Nowe uwarunkowania i wymiary bezpieczeństwa międzynarodowego Polski*. „Wiś i Państwo” 1995, nr 1.

- KUŹNIAR R.: *Po pierwsze, bezpieczeństwo*. „Rzeczpospolita” z 9.01.1996. <http://archiwum.rp.pl/artykul/75465-Po-pierwsze-bezpieczenstwo.html>.
- LACH D.E.: *Ryzyko ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu zdrowotnym*. „Państwo i Prawo” 2007, z. 5.
- MOONEY G.: *What Does Equity In Health Mean?*. „World Health Statistics Quarterly” 1987, vol. 40, no 4.
- OKUBO S.: „Freedom from Fear and Want” and „the Right to Live in Peace”, and „Human Security”. „Ritsumekan International Affairs” 2007, vol. 5.
- OSTROWSKA A.: *Nierówności w sferze zdrowia*. „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2.
- PARIS R.: *Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?*. „International Security” 2001, vol. 26, no 2. http://live.belfercenter.org/publication/394/human_security.html.
- PIECHOTA M.: *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*. „Roczniki Administracji i Prawa” 2012, nr 12.
- SOWA A.: *O nierównościach w korzystaniu z usług ochrony zdrowia ze względu na wykształcenie*. „Polityka Społeczna” 2010, nr 9.
- SUWALSKI A.: *Niektóre ekonomiczno-społeczne aspekty sporu o sprawiedliwość społeczną*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2002, z. 1.
- TYMOWSKA K.: *Zasady finansowania a dostępność*. „Prawo i Medycyna” 1999, vol. 1, nr 4.
- WOŹNIAK Z.: *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, z. 1.
- ZIĘBA R.: *Pojęcie i istota bezpieczeństwa państwa w stosunkach międzynarodowych*. „Sprawy Międzynarodowe” 1989, nr 10.

Materiały źródłowe i internetowe

- Biała Księga Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa 2013. <http://www.spbn.gov.pl/>.
- BIURO BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO: *Bezpieczeństwo zdrowotne. BBN a ochrona zdrowia*. <http://www.bbn.gov.pl/pl/wydarzenia/bezpieczenstwo-zdrowot/2046,BBNaochrona-zdrowia.html>.
- COMMISSION ON HUMAN SECURITY: *Human Security Now*. New York 2003. <http://www.un.org/humansecurity/content/human-security-now>.
- Czy potrzebne są zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia? Komunikat z badań*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, sierpień 1994.
- DZIEWIĘCKA-BOKUN L., PAWŁOWSKA A.: *Bezpieczeństwo społeczne. Repetytorium*. Wrocław, Dolnośląska Szkoła Wyższa. <http://biurokarier.dsw.edu.pl/repetytoria-rok-akademic-ki-20132014>.
- FIFTY-FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY: WHA54.14, *Global health security: epidemic alert and response*. apps.who.int/medicinedocs/documents/s16356e/s16356e.pdf.
- Funkcjonowanie służby zdrowia. Konflikt rząd – lekarze*. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 1997.
- LALONDE M.: *A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document*. Ministry of Supply and Services Canada. [B.m.w.] 1981. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-eng.php>.
- Ocena funkcjonowania państwowej i prywatnej służby zdrowia*. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, kwiecień 1998.
- Ocena funkcjonowania reformy opieki zdrowotnej*. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, czerwiec 2000.

- Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, sierpień 2016.
- Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 2001.
- Opinie o opiece zdrowotnej po uchwaleniu nowej ustawy. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, październik 2004.
- Opinie o opiece zdrowotnej po wprowadzeniu reformy. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, lipiec 1999.
- Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 2000.
- Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, październik 2006.
- Państwowa i prywatna służba zdrowia. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, kwiecień 1993.
- Polacy, Czesi, Słowacy i Węgrzy o opiece zdrowotnej w swoich krajach. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, styczeń 2006.
- POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ: *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski.* [B.m.w.] Ernst & Young, 2013. <http://gu.com.pl/static/czol-raport.pdf>.
- ROOSEVELT F.D.: *The Four Freedoms.* Delivered 6 January 1941. <http://www.americanrhetoric.com/speeches/fdrthefourfreedoms.htm>.
- RUSZKOWSKI J.: *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego. Ekspertyza finansowana ze środków projektu nr POPT.03.04.00-00-019/07 w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007–2013 wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego.* Warszawa 2010. <https://www.mir.gov.pl/szukaj/Strony/Results.aspx?k=ruszkowski&s=>.
- SCHWARTZ S.H.: *Basic Human Values: An Overview.* <http://segrdid2.fmag.unict.it/allegati/convegno%207-8-10-05/schwartzpaper.pdf>.
- Służba zdrowia w ocenach społeczeństwa. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, wrzesień 1996.
- STEGEMAN I., COSTONGS C., NEEDLE C.: *Historia DETERMINE. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE.* [B.m.w.] 2010. <http://eurohealthnet.eu/publication/determine>.
- Stosunek do reform systemowych. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, grudzień 1998.
- Stosunek do reformy służby zdrowia. Komunikat z badań.* Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, luty 1999.
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej.* Warszawa 2007. <http://www.bbn.gov.pl/pl/publikacje-i-dokumenty/dokumenty/1144,dok.html>.
- Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej.* Warszawa 2014. <https://www.bbn.gov.pl/ftp/SBN%20RP.pdf>.
- SZARFENBERG R.: *Bezpieczeństwo socjalne a wykluczenie społeczne.* Referat wygłoszony na konferencji *Bezpieczeństwo socjalne* w Ustroniu 2003. <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/>.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM: *Human Development Report 1994.* New York–Oxford, Oxford University Press, 1994.
- UNITED NATIONS TRUST FUND FOR HUMAN SECURITY: *Human Security for All.* <http://www.un.org/humansecurity/about-human-security/human-security-all>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2.* Geneva, WHO Press, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Health Systems Strengthening Glossary: Public Health*. http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21st century*. <http://www.who.int/whr/2007/en/>.

ZIĘBA R., ZAJĄC J.: *Budowa zintegrowanego systemu bezpieczeństwa narodowego Polski. Ekspertyza*. Warszawa 2010. http://www.pl.ism.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2013/02/zieba-zajac-budowa_zintegrowanego_systemu_bezpieczenstwa_narodowego_polski_ekspertyza_2010.pdf/.

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Komunikat z badań. Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, marzec 2002.

<http://cips.uottawa.ca/the-human-security-network-fifteen-years-on/>.

<http://sjp.pwn.pl/szukaj/bezpiecze%C5%84stwo.html>.

Wykaz aktów prawnych

Karta praw podstawowych Unii Europejskiej. Dz.Urz. UE 2007, C 303.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483, z późn. zm.

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 roku. Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.

Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego. Dz.U. 2005, nr 93, poz. 775.

Międzynarodowy pakt praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku. Dz.U. 1977, nr 38, poz. 169.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 listopada 1996 roku. Sygn. akt K 7/95.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 września 1993 roku. Sygn. akt K 17/92.

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 roku w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych. Dz.U. 2011, nr 179, poz. 1065.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Dz.U. 2016, poz. 1492.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135.

Ustawa z dnia 27 lipca 2012 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2012, poz. 1016.

Wersja skonsolidowana Traktatu o Unii Europejskiej. Dz.Urz. UE 2010, C 83.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku. Sygn. akt K 14/03.

Indeks osobowy

A

Anioł Włodzimierz 70, 110
Auleytner Julian 72

B

Badura Bernhard 88
Bańka Augustyn 21, 107
Blaxter Mildred 83, 107
Bobrow Davis B. 12, 111
Boć Jan 74, 108
Bratkowski Stefan 79, 107
Brzeziński Michał 14, 24, 107, 109
Brzozowski Piotr 16, 17, 107
Buliński Leszek 15, 107
Buzan Bary 24, 25, 26, 28, 29, 107
Byk Christian 50, 111

C

Chodubski Andrzej J. 9, 107
Churchill Winston 25
Cieślarczyk Marian 12, 23, 30, 31, 107
Costongs Caroline 85, 113
Czupryna Antoni 51, 111

D

Dahrendorf Ralf 79, 107
Danecki Jan 71, 72, 107, 110
Drozdowski Rafał 84, 108
Drwał Radosław Ł. 16, 107

Dziewięcka-Bokun Ludmiła 69, 71, 72,
74, 75, 79, 81, 108, 109, 112

E

Esping-Andersen Gøsta 75
Evans Gareth 30, 108

F

Firlit-Fesnak Grażyna 71, 72, 74, 107,
110
Folland Sherman 83, 108
Frączkiewicz-Wronka Aldona 53, 57, 63,
64, 108
Freedman Lawrence 13
Frei Daniel 14
Frieske Kazimierz W. 80, 109

G

Garlicki Leszek 48, 50, 110
Gierszewski Janusz 81, 108
Głąbicka Katarzyna 94, 108
Golinowska Stanisława 58, 82, 85, 111
Goodman Allen C. 83, 108
Groszyk Henryk 8, 108

H

Halizak Edward 12, 111
Hall Calvin S. 20, 108

J

Jończyk Jan 51, 52, 53, 55, 56, 111

K

Kamiński Stanisław 94, 108
 Karski Jerzy B. 54, 108
 Kitler Waldemar 17, 108
 Klich Jacek 58, 108
 Korona Magdalena 83, 108
 Korybski Andrzej 8, 9, 108
 Korzeniowski Leszek F. 34, 108
 Kowalak Tadeusz 70, 108
 Kowalczyńska Joanna 20, 108
 Kowalczyk Olga 94, 108
 Księżopolski Mirosław 71, 76, 77, 79, 108, 109
 Kubiak Mariusz 16, 109
 Kukułka Józef 18, 21, 34, 109, 111
 Kurzynowski Adam 75, 109
 Kuźniar Roman 13, 22, 109, 112

L

Lach Daniel E. 52, 112
 Lalonde Marc 53, 88, 89, 112
 Laskowska Iwona 84, 109
 Leszczyński Marek 77, 109
 Lindzey Gardner 20, 108
 Lipińska-Rzeszutek Małgorzata 16, 109
 Luhmann Niklas 79, 80, 109

M

Malec Mieczysław 7, 109
 Malinowski Marek J. 9, 107
 Marczuk Karina P. 24, 27, 109
 Marshall Thomas H. 75, 80, 109
 Masłow Abraham 20, 109
 Mądrzycki Tadeusz 19, 21, 109
 Mielecki Jerzy 72, 75, 79, 108, 109
 Miller Leszek 42
 Mitrega Marian 10
 Moczuk Eugeniusz 15, 109
 Mohan Dinesh 34
 Mokrzycka Anna 46, 109
 Mooney Gavin 56, 57, 112
 Murray Henry A. 20

N

Needle Clive 85, 113
 Niepokólczycki Wacław 79, 107

O

Okła Magdalena 83, 107
 Okubo Shiro 25, 112
 Orczyk Józef 36, 75, 109
 Orłowski Bolesław 79, 107
 Osak Magdalena 63, 111
 Ostrowska Antonina 89, 112

P

Paris Roland 28, 112
 Pawłowska Agnieszka 71, 79, 81, 112
 Piechota Michał 47, 112
 Piekara Andrzej 69, 110
 Pietraś Marek 14, 109
 Piotrowski Jerzy 73, 74, 109
 Popielski Kazimierz 19, 109
 Poławski Paweł 80, 109
 Poździuch Stefan 51, 111
 Prężyna Władysław 19, 109
 Prońko Jarosław 21, 109
 Przewodźki Edward 30, 110

R

Radzicki Józef 20, 108
 Rajkiewicz Antoni 70, 74, 75, 110
 Rokeach Milton 16, 107
 Ronka-Chmielowiec Wanda 63, 111
 Roosevelt Franklin D. 25, 113
 Rosa Ryszard 16, 17, 109, 111
 Ruszkowski Jacek 31, 113
 Rysz-Kowalczyk Barbara 71, 72, 108, 110
 Ryś Andrzej 51, 111

S

Sakson Andrzej 84, 108
 Sarnecki Paweł 47, 48, 50, 110
 Sawicka Paula 20, 109
 Schölch Ingrid 17
 Schwartz Shalom H. 16, 17, 111
 Shaffer Stephen M. 17
 Siciarek Marta 83, 108
 Siemiński Marek 54, 110
 Sieńko Irena 69, 110
 Skąpska Grażyna 79, 109
 Skrabacz Aleksandra 23, 77, 110
 Sowa Agnieszka 64, 112
 Stano Miron 83, 108
 Stańczyk Jerzy 13, 14, 21, 110

Stec Piotr 48, 111
Stefanowicz Janusz 11, 34, 110
Stegeman Ingrid 85, 113
Sulowski Stanisław 14, 107, 109
Supernat Andrzej 74, 108
Supińska Jolanta 13, 69, 94, 110
Suwalski Andrzej 80, 112
Szarfenberg Ryszard 72, 75, 76, 77, 110,
113
Szatur-Jaworska Barbara 72, 74, 110
Szczepańska Elżbieta 79, 107
Szczzerbińska Katarzyna 58, 108
Szczygło Aleksander 44
Szeliga Zbigniew 8, 9, 108
Szmyt Andrzej 50, 110
Szubert Wacław 75
Szumlicz Tadeusz 52, 68, 71, 72, 110
Szyłko-Skoczny Małgorzata 71, 110

T

Tabaszewski Robert 51, 110
Thorz Maciej 48, 111
Tulibacki Witold 17, 111
Tymowska Katarzyna 59, 63, 112

U

URBANIEC MARIA 48, 111

W

Wæver Ole 24, 25, 29, 107
Werstein Wanda 79, 107
Więckowska Barbara 63, 111
Wilde Jaap de 24, 25, 29, 107
Włodarczyk W. Cezary 36, 51, 53, 54,
55, 57, 58, 85, 88, 111
Woźniak Zbigniew 36, 112

Z

Zajac Justyna 22, 114
Zamorska Katarzyna 45, 111
Zawadzka Barbara 49, 55, 111
Zięba Ryszard 12, 18, 19, 22, 111, 112,
114
Ziółkowski Andrzej M. 17, 111
Zrałek Maria 53, 108

Ż

Żmigrodzki Marek 9, 108
Żukowski Arkadiusz 9, 111

Wykaz tabel, wykresów i schematów

- Tabela 1. Źródła zagrożeń bezpieczeństwa
Tabela 2. Struktura bezpieczeństwa narodowego przyjęta w Strategicznym Przeglądzie Bezpieczeństwa Narodowego
Tabela 3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w relacji do systemu ubezpieczeń zdrowotnych finansowanego ze środków publicznych
Tabela 4. Wybrane katalogi celów polityki społecznej w kontekście bezpieczeństwa socjalnego

- Wykres 1. Opinie o funkcjonowaniu państwowej służby zdrowia w latach 1993–1998 (w %)
Wykres 2. Opinie o reformie służby zdrowia oraz jej skutkach w latach 1998–2001 (w %)
Wykres 3. Opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia w latach 1999–2003 (w %)
Wykres 4. Opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia w latach 2004–2014 (w %)
Wykres 5. Model uwarunkowań zdrowia wywodzący się z koncepcji Lalonde’a

- Schemat 1. Bezpieczeństwo jako system wartości według Józefa Kukułki
Schemat 2. Hierarchia potrzeb w ujęciu Abrahama Masłowa
Schemat 3. Płaszczyzny bezpieczeństwa definiowanego jako potrzeba
Schemat 4. Sektory bezpieczeństwa oraz odpowiadające im typy bezpieczeństwa w ujęciu Bary’ego Buzana, Ole Wævera i Jaapa de Wilde’a
Schemat 5. Wymiary bezpieczeństwa w koncepcji *human security*
Schemat 6. Procedura analizy sektorowej bezpieczeństwa
Schemat 7. Piramida bezpieczeństwa w ujęciu Mariana Cieślarczyka
Schemat 8. Powiązania zdrowia i koncepcji *human security*
Schemat 9. Relacje między bezpieczeństwem socjalnym a zabezpieczeniem społecznym
Schemat 10. Koncepcja bezpieczeństwa społecznego w ujęciu Ryszarda Szarfenberga
Schemat 11. Inwestycje w kapitał zdrowotny

- Schemat 12. Model determinantów zdrowia oraz nierówności w stanie zdrowia
- Schemat 13. Relacje między wykluczeniem społecznym, stanem zdrowia a bezpieczeństwem zdrowotnym
- Schemat 14. Model pól zdrowia według Marca Lalonde'a
- Schemat 15. Model monitorowania zagrożeń bezpieczeństwa zdrowotnego
- Schemat 16. Czynniki kształtujące politykę bezpieczeństwa w dziedzinie zdrowia
- Schemat 17. Struktura instrumentu polityki społecznej kształtującego bezpieczeństwo zdrowotne w sferze wykluczenia społecznego

Paweł Grzywina

Health Security in the Field of Social Politics Introductory Remarks

Summary

This work tackles the issue of health security analysed in social policy studies. The first part contains reflections on terminology. The author endeavours to define the category of security, among others in the context of values and social needs. He also presents the analysis of security from the perspective of a sector approach, showing the variety of types of security and referring to the concept of human security. Thereafter, the author outlines political connotations of this sector of security, which determine social perception of the functioning of the health care system. Notions that determine the scope of health security – including the right to health care and equality of access to health care services – have become the main issues in the author's reflections. The choice of notions has helped formulate the definitional scope of the term of health security. In the next part, the author presents the ways of interpreting the notion of security in social policy studies. Another objective of this work is to reflect upon principal issues that condition the problematic field of health security, since the author has underlined basic elements that make health security significant for social policy, has delineated the model of monitoring dangers of health security and has pointed to the role of the category of health security as a cognitive device. This work is addressed to the circle of people interested in the subject areas of health security and social policy, policymakers, and institutions responsible for shaping health security of citizens.

Павел Гживна

Медицинская безопасность в науке о социальной политике Введение в проблематику

Резюме

В публикации поднимается проблематика медицинской безопасности, которая исследуется в науке о социальной политике. В первой части работы рассматриваются вопросы, связанные с терминологией. Здесь предпринимается попытка определить категорию безопасности, в частности, в контексте ценностей и социальной востребованности. Кроме того, автор анализирует безопасность с точки зрения секторного подхода, показывая разнообразие ее типов и учитывая концепцию *human security*. Далее в некоторой степени характеризуются политические коннотации рассматриваемого сектора безопасности, которые предопределяют общественное восприятие функционирования системы охраны здоровья. Главным мотивом в этой части работы стали размышления над понятиями, очерчивающими область медицинской безопасности. В эту сферу входят право на охрану здоровья, а также равный доступ к социальному обеспечению. Подбор понятий дал возможность сформулировать объем значения термина *медицинская безопасность*.

В дальнейшей части публикации автор представляет способы интерпретации понятия безопасности в науке о социальной политике, а также рассуждает на тему основных вопросов медицинской безопасности. Им выявляются главные факторы, обуславливающие то, что медицинская безопасность находится в центре внимания социальной политики. Кроме того, очерчивается модель мониторинга угроз медицинской безопасности и указывается роль категории медицинской безопасности как инструмента познания.

Публикация адресована лицам, интересующимся тематикой медицинского страхования и социальной политики, политикам, а также сотрудникам органов, которые несут ответственность за формирование медицинской безопасности граждан.

Redaktor Małgorzata Poglódek
Projektant okładki Magdalena Starzyk
Redator techniczny Małgorzata Pleśniar
Korektor Malwina Kaczor
Łamanie Edward Wilk

Copyright © 2017 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-3180-5
(wersja drukowana)

ISBN 978-83-226-3181-2
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 7,75. Ark. wyd. 8,0.
Papier Munken Polar 100 g/m², Cena 20 zł (+ VAT)
Druk i oprawa: „TOTEM.COM.PL Sp. z o.o.” Sp.K.
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

ISSN 0208-6336
Cena 20 zł (+ VAT)

ISBN 978-83-226-3180-5



9 788322 631805

Więcej o książce

